

Motto

„Ak sa človek zaoberá sledovaním vlastného organizmu, alebo morálneho rozpoloženia bude sa určite cítiť chorým.“

J. W.Goethe

„Čím viac sa človek pokúša vyhnúť utrpeniu, tým viac trpí, pretože ho začínajú mučiť nepodstatné alebo bezvýznamné veci.“

Einstein

Milí čitatelia, lekári, kolegovia,

po roku vám opäť prinášame publikáciu kazuistik. Tá dokumentuje vybrané prípady riešené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v roku 2006. Verím, že tak ako v minulom roku aj teraz nájdete v publikácii množstvo poučných rád a informácií.

Úroveň a kvalita slovenského zdravotníctva sa postupne zlepšuje. Množstvo úloh a problémov však stále ostáva nevyriešených a k spokojnosti je veľmi ďaleko. Každý systém však má svoje chyby a nedostatky a to nielen u nás, ale určite aj v štátoch kde je kvalita zdravotnej starostlivosti na neporovnateľne vyššej úrovni.

S problémami sa dennodenne stretávajú pacienti či lekári. Uvedené pochybenia však nemajú za úlohu kritizovať systém zdravotníctva či samotných lekárov. Pre tých je určite najväčším trestom vedomie, že chyba sa stala a vrátiť sa už nedá. Aj preto je vhodné, aby sa široká odborná verejnosť dozvedela čo najpodrobnejšie o pochybeniach, ktoré vznikli a to nie vždy len vinnou lekára. Ten je totiž len človek, ktorý má právo na chyby. Ak však pochybí lekár, škoda môže byť katastrofálna. Ľudský život má tú najvyššiu hodnotu, ktorá sa nedá ničím vyčíslit' či nahradiť.

Úlohou úradu je okrem iného dozerat' nad výkonom zdravotnej starostlivosti, teda zabezpečovať a chrániť práva pacientov. Každý podnet, ktorý úrad rieši môže zlepšiť zdravotnú starostlivosť a môže byť užitočným nielen pre pacientov, ale aj pre samotných vykonávateľov zdravotnej starostlivosti. Žiaľ, väčšina prípadov ktoré uvádzame v tohtoročnej publikácii končí tragickým koncom. Ak chceme, aby sa v budúcnosti predchádzalo podobným pochybeniam, je potrebné neustále vzdelávanie a učenie sa z chýb, ktoré sa už stali. Tak, aby neplatilo to známe, že človek sa najlepšie učí na svojich chybách. Ak sa vďaka uvedeným príkladom zachráni čo i len jeden život, je to veľké zadosťučinenie pre všetkých, ktorí sa podieľali na príprave tejto publikácie.

Richard Demovič
predseda úradu

U pacienta s krvácaním do žalúdka nebola indikovaná chirurgická liečba a sanovaný zdroj krvácania.

Z anamézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení:

Pacient prijatý na chirurgické oddelenie za účelom plánovanej cholecystektómie pre sonograficky verifikovanú cholecystolitiázu. Na druhý deň hospitalizácie mal pacient realizovanú laparoskopickú cholecystektómiu. Na tretí deň bol v stabilizovanom stave, afebrilný prepustený do ambulatnej starostlivosti.

Na 36. deň po prepustení bol pacient, na základe odporúčania obvodného lekára, prijatý pre pretrvávajúce bolesti v epigastriu a pod pravým rebrovým oblúkom na interné oddelenie. Pracovné diagnózy pri prijatí: bolesti brucha – susp. periumbilikálny absces, bolesti pravej strany hrudníka – in observans, hematóm, ev. bilóm v lôžku žľazníka. Počas hospitalizácie bolo vykonané kontrolné USG vyšetrenie brucha, bez nálezu rezídua v lôžku po cholecystektómii, potvrdené pretrvávajúce heterogénne ložisko v oblasti umbilika. Pacient bol na 4. deň hospitalizácie prepustený do ambulatnej starostlivosti. O ďalších 27 dní je pacient rehospitalizovaný na chirurgickom oddelení za účelom prípravy a realizácie CT vyšetrenia brucha, ktoré potvrdilo normálny nález na parenchymatóznych orgánoch, bez príznaku abscesu v dutine brušnej. Na 3. deň hospitalizácie o 5,00 hodine pacient udáva náhle bolesti brucha, slabosť, potenie, zvracanie žalúdočného obsahu s prímiesou čerstvej krvi asi 300 ml. Objektívne brucho mäkké, priehmatné, bez defansu a peritoneálneho dráždenia, palpačne mierna bolestivosť v celom rozsahu. Pacient mal naordinovanú medikamentóznou liečbu, vyšetrenie krvného obrazu a krvnej skupiny, sledovanie TK, P a ½ hodinu. Výsledok KO o 7,41 hodine : Er 3,92, Hb 105, Htk 0,341, Le 12,0, Tr 396. V čase o 9,00 hodine brucho voľne priehmatné, palpačne bolestivé v epigastriu. KO: Er 3,75, Hb 102, Htk 0,332, Tr 357, Le 16,6. Hemokoagulačné vyšetrenia: protrombínový čas 17,6 s, PT-INR 1,56, APTT 31,3. Pacient naďalej liečený konzervatívne. O 11,00 hodine bolo vykonané gastrofibroskopické vyšetrenie, ktoré potvrdilo prítomnosť koagulá a čerstvej krvi v pažeráku, v žalúdku popísané menšie množstvo čerstvej krvi a veľké koagulá, prechod k pyloru ani po opakovanom opláchnutí sliznice nie je možný. Záver vyšetrenia: akútne krvácanie, zdroj nie je možné identifikovať, vyšetrenie zopakujeme p.p. Kontrolný KO o 17,00 hod. : Er 3,27, Hb 90, Htk 0,28, Le 13,3, Tr 357, o 21,00 hodine: Er 3,03, Hb 84, Htk 0,27, Le 16,2, Tr 311. O 22,45 hod. podaná transfúzia EM 230 ml i.v..

Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii pacient za 24 hodín zvracal celkom 6x. Zvratky boli s prímiesou čerstvej krvi, spolu v objeme 1040 ml. Podľa písomného vyjadrenia primára chirurgického oddelenia bola plánovaná kontrolná gastrofibroskopia o 24 hodín, podľa jeho názoru bol pacient hemodynamicky stále stabilizovaný a KO bol upravený 1 transfúziou, indikácia na chirurgickú liečbu nebola prítomná.

4. deň hospitalizácie pacient subjektívne neudáva bolesti, cíti sa lepšie, objektívne brucho bez príznakov peritoneálneho dráždenia, palpačne nebolestivé. Terapia medikamentózna. Pacient mal monitorovaný tlak krvi a pulz: 1. hodina: TK 120/80 Torr, P110; 2. hodina: Tk 120/80, P110, 3. hodina : TK 120/90, P 112; 4. hodina: TK110/80, P100; 5. hodina: TK 105/80,P100; 7. hodina: TK 105/70, P 105; 8.hodina: TK 105/65, P100; 9. hodina: TK 105/65, P 104.

V čase o 9,15 hodine pacient náhle zvracia veľké množstvo čerstvej krvi, pulz nemerateľný, dýchanie neprítomné, dutina ústna plná krvi, po kardiopulmonálnej resuscitácii konštatovaný **exitus letalis o 9,20 hodine.**

V lekárskej prepúšťacej správe je ako bezprostredná príčina smrti uvedená hemateméza, irreverzibilný hemoragický šok. Prvotná príčina smrti: ulcus ventriculi.

Pitva zomrelého nebola vykonaná.

Zhrnutie úradu, zistené porušenia zákona:

Pacient s krvácaním zo žalúdka nemal jednoznačne diagnostikovaný zdroj krvácania (gastrofibroskopicky verifikované krvácanie, avšak zdroj krvácania nebol zistený).

Nebola včas indikovaná chirurgická liečba s cieľom zistiť a sanovať zdroj krvácania v dôsledku ktorého došlo k rozvoju hemoragického šoku s fatálnym koncom.

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia ustanovenia §4 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z..

Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne.

V lekárskej prepúšťacej správe je uvedená diagnóza „ulcus ventriculi“, avšak táto diagnóza nebola objektívne potvrdená.

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v zmysle porušenia ustanovenia § 21 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z..

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a podal oznámenie na Generálnu prokuratúru SR.

Pozor na kontraindikácie liečby!

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych nálezov:

55-ročná pacientka, ktorá bola ošetrovaná v ambulancii závodnej lekárky mala v minulosti vykonanú resekciu žalúdka sec. Billroth II pre recidivujúci ulcus ventriculi, cholecystektómiu a ovariectómiu, prekonala tromboflebitídu pravého predkolenia so sukcesívnou embolizáciou do pľúc, liečená na chronickú pankreatitídu a sideropenickú anémiu. V liečbe anémie podávané preparáty železa a transfúzie erytrocytarnej masy. Pre dlhodobú antikoagulačnú liečbu bola pacientka v starostlivosti hematológa. Ďalej navštevovala ortopéda, osteológa, angiológa, gastroenterológa, internistu a gynekológa. Pacientka v poslednom období vyhľadávala závodnú lekárku len za účelom predpisu špecialistami odporúčaných liekov a realizácie kontrolných laboratórnych vyšetrení.

Pacientka po absolvovaní posledného hematologického vyšetrenia, ako zvyčajne, navštívila závodnú lekárku. Nakoľko mala zdravotné problémy ortopedického charakteru vyžadujúce aplikáciu intraartikulárnej injekčnej liečby, bolo pacientke hematológom odporučené prejsť na liečbu antiagregačnú. Konkrétny liek nebol hematológom v lekárskej správe doporučený. Závodná lekárka nasadila pacientke Ticlopidin. Pacientka sa na 31. deň po nasadení liečby nahlásila na kontrolný odber krvi. Bola objednaná o 3 dni. Na odber krvi sa však nedostavila, nakoľko v tom čase už bola hospitalizovaná. Pacientka mala v období predchádzajúcich 4 rokov v laboratórnych parametroch opakovane detegovanú leukopéniu: Leu: 3,2...3,56...3,7...3,5...3,6 x 10 na 9 /l. Tieto nálezy boli súčasťou zdravotnej dokumentácie pacientky vedenej závodnou lekárkou. Táto zdravotná dokumentácia však bola po obsahovej stránke nedostatočná. Absentovali v nej adekvátne informácie o predchorobí, osobnej anamnéze pacientky (okrem anamnézy uvedenej v prepúšťacích správach), chýbali nálezy a terapia iných, ako hematologických ochorení, záznamy o ich priebehu, dynamike, prognózach. Neboli prítomné žiadne záznamy svedčiace pre koordináciu aktivity špecialistov zo strany závodnej lekárky. Hemogramy z obdobia 5 mesiacov pred nasadením Ticlopidinu boli nečitateľné a neúplné. Výnimku tvoria len posledné dva záznamy, z obdobia 4,5 a 2,5 mesiaca pred nasadením uvedeného lieku. V prvom z týchto prípadov bola hodnota leukocytov na dolnej hranici referenčných hodnôt pri zjavnej neutropénii, v druhom prípade bola prítomná anémia a hodnoty neutrofilov boli na dolnej hranici normy. V zdravotnej dokumentácii sa nenachádzal žiadny záznam o poučení pacientky o rizikách liečby a nutnosti kontrolných vyšetrení.

Na 36. deň po nasadení lieku (4. deň hospitalizácie na klinike hematológie a transfuziológie) pacientka exitovala za príznakov rozvinutého septického šoku pri stafylokokovej sepe, pleuropneumonii, flegmóne krku pri pancytopenii, agranulocytóze a veľmi ťažkej aplastickej anémii v.s. poliekovej.

Zhrnutie úradu, zistené porušenia zákona:

Pacientka bola riziková pre terapiu Ticlopidinom, vzhľadom na opakovane detegovanú leuko/neutropéniu, ktorá patrí medzi kontraindikácie uvedenej liečby a to aj pri jej výskyte v anamnéze pacienta. Rozhodnutie o antiagregačnej terapii Ticlopidinom, t.j. výber lieku, nevyplývalo zo záveru hematologického vyšetrenia. V liečbe pacientky bolo možné zvoliť iné liečivo pre antiagregačnú liečbu. Liečba Ticlopidinom vyžaduje pravidelné kontroly hemogramu, ktoré u pacientky neboli realizované. Zdravotná dokumentácia pacientky bola vedená nedostatočne a neobsahovala ani záznam o poučení pacientky o rizikovitosti liečby a nutnosti kontrolných vyšetrení.

Týmto došlo v postupe závodnej lekárky k porušeniu §4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z..

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a podal oznámenie na Generálnu prokuratúru.

Neposkytnutie zdravotnej starostlivosti

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení:

21-ročný pacient navštívil praktickú lekárku pre deti a dorast v mieste bydliska pre príznaky virózy. Po vyšetrení mu bola nasadená antibiotická liečba. Pacient, študent vysokej školy, následne odcestoval na miesto štúdia vzdialené od bydliska vyše 500 km. Počas ďalších troch dní u pacienta teploty pretrvávali, preto sa obrátil na LSPP, kde mu službukonajúca lekárka bez vyšetrenia zmenila antibiotickú liečbu. Podľa tvrdenia dotknutej lekárky pacienta vyšetřila, ale nevykonala záznam o vyšetrení do zdravotnej dokumentácie. O dva dni, pre ďalšie zhoršenie zdravotného stavu, pacient vyhľadal pomoc u všeobecnej lekárky pre deti a dorast pracujúcej v študentskom domove. Tá ho však v ten deň neošetrila, údajne s tvrdením, že nemá jeho kartu a poisťovňa jej výkon nepreplatí. Podľa vyjadrenia dotknutej lekárky, na základe anamnestických údajov dospela k záveru, že u pacienta sa nejedná o akútny stav. Pacientovi bolo navrhnuté dostaviť sa na druhý deň ráno na odber krvi a RTG vyšetrenie hrudníka, s čím však pacient nesúhlasil. V ten istý deň pacient odcestoval do miesta trvalého bydliska, kde bol na druhý deň hospitalizovaný s komplikovanou pleuropneumóniou.

Zhrnutie úradu:

V postupe lekárov bolo zistené pochybenie v konaní službukonajúcej lekárky LSPP, ktorá pacientovi zmenila antibiotickú liečbu bez predchádzajúceho vyšetrenia a o tejto skutočnosti nevykonala žiadny záznam. Týmto došlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a § 79 ods. 1. písm. l) zákona č. 578/2004 Z. z. v nadväznosti na § 19 a § 21 zákona č. 576/2004 Z. z..

Rovnako bolo konštatované aj pochybenie v postupe všeobecnej lekárky pre deti a dorast pracujúcej v študentskom domove, ktorá bez objektívneho vyšetrenia zhodnotila, že sa nejedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

Týmto konaním došlo k porušeniu § 79 ods. 1, písm. b) zákona č. 578/2004 Z. z..

Sankcie:

Úrad uložil obom poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Vysokorizikový pacient by mal byť umiestnený na oddelení intenzívnej starostlivosti

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení:

28-ročný pacient, výrazne obezný (190 kg), fajčiar, vyšetrený ÚPS pre febrilitu, hemoptoe. Počas prevozu ZZS konštatovaná saturácia kyslíkom 85%. Službukonajúci lekár, internista na centrálnom prijíme, rozhodol o hospitalizácii pacienta na špecializovanom pľúcnom oddelení.

Pri prijatí na pľúčne oddelenie konštatované lekárom ÚPS o 21,00 hod.: TK 110/70, P:92 pravidelný, výška 190 cm, hmotnosť 190 kg, T- 37,2°C, bez známk cyanózy. Askultačne na pľúcach zistené obojstranne oslabené dýchanie, obojstranne bazálne inspiračné aj expiračné rachôtky. Na RTG hrudníka známky obojstrannej bronchopneumónie.

Z laboratórnych vyšetrení : KO: Hb. 139, Er.5,55 HTK. 0,48, Leu. 8,8,Tr. 277, Quick 0,99, APTT 1,08, Fib. 5,26, D-Dimery 261, Urea 4,11, Kreat. 66,3, Cl 97,8.

Zahájená intravenózna liečba antibiotikami, hemostyptiká, oxygenoterapia.

Lekár ÚPS pacienta hospitalizoval na bežnej izbe. V skorých ranných hodinách o 5,30 hod. pacient exitoval na príznaky bronchopneumónie.

Záver:

Službukonajúci lekár ÚPS na pľúcnom oddelení, stanovil správnu diagnózu a ordinoval adekvátnu liečbu. Podcenil ale celkovú závažnosť stavu a neumiestnil pacienta na oddelenie intenzívnej starostlivosti, ktorá sa nachádza v tej istej budove.

Pitva:

Na základe patologickoanatomickej pitvy bola bezprostrednou príčinou smrti obojstranná bronchopneumónia, chronické pľúčne srdce, obezita a bola zistená aj chronická hnisavá bronchitída.

Zhrnutie, zistené porušenie zákona:

Službukonajúci lekár aj napriek splňaniu kritérií rizika zvýšenej mortality (nízka saturácia kyslíkom, nízke hodnoty TK 110/70, hmotnosť 190 kg, vykašliavanie krvi a fajčenie v anamnéze) pacienta neumiestnil na oddelenie intenzívnej starostlivosti. Stav pacient vyžadoval kontinuálne monitorovanie vitálnych funkcií a prístrojové vybavenie na podporné dýchanie, resp. možnosť pripojenia na umelú pľúcnu ventiláciu.

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia ustanovenia §4 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokuta a nápravné opatrenia) a podal oznámenie na Generálnu prokuratúru.

Nesprávne vyhodnotenie USG nálezu u tehotnej pacientky v 30. a 37. týždni - nerozpoznanie placenta praevia

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení, epikritické zhrnutie:

26-ročná pacientka, po druhýkrát tehotná, s fyziologickým priebehom gravidity, vyšetrená v prenatálnej poradni celkom jedenásťkrát. V 20. týždni gravidity vykonané USG vyšetrenie na gynekologicko-pôrodnú kliniku príslušnej NsP s **nálezom placenta praevia**. Pri sonografických kontrolách v 30. a 37. týždni gravidity, vykonaných v gynekologickej ambulancii polikliniky, placenta praevia potvrdená nebola. Pri poslednom vyšetrení v poradni pre tehotné sa pacientka cítila dobre, bolesti neudávala, pohyby plodu cítila, ozvy plodu boli pravidelné.

V termíne pôrodu prišla pacientka do gynekologickej ambulancie polikliniky, udávala bolesti v podbrušku a nepravidelné kontrakcie. Gynekológ vykonal vaginálne vyšetrenie za účelom overenia začiatku pôrodu. Pri vyšetrení boli ozvy plodu pravidelné, hrdlo bolo mäkké, skrútené, bránka otvorená na dva prsty, voľne v nej bolo hmatné mäkké tkanivo. Gynekológ ihneď vyšetrenie ukončil, ale napriek tomu nastalo u pacientky **silné krvácanie z rodičiel**, preto lekár volal cez dispečing polikliniky RZP. Pacientke boli ešte v ambulancii podávané infúzne roztoky. O stave rodičky bol ihneď telefonicky informovaný aj lekár gynekologicko-pôrodnickej kliniky.

Pri príchode Rýchlej zdravotníckej pomoci bola pacientka bledá, pri vedomí, TK bol 90/60 torr, P 100/min., posádkou RZP bola prevezená priamo na pôrodnú sálu gynekologicko - pôrodnickej kliniky, kde už čakal pripravený operačný tím. Počas krvácania pacientka prestala cítiť pohyby plodu, u plodu bola zaznamenaná závažná bradykardia s počtom pulzov 70/min. Z vitálnej indikácie matky bol indikovaný cisársky rez, ktorý bol ihneď vykonaný, operácia prebehla bez komplikácií. Zároveň bola aplikovaná liečba hemoragického šoku rodičky náhradnými roztokmi a hemosubstitúciou.

Novonarodené dieťa bolo po vybavení ťažko asfyktické, okrem bradykardie nejavilo známky života, Apgarovej skóre: 1/7, pH-6,81, prítomná zelená kašovitá plodová voda a stav novorodenca bol hodnotený ako prenatálna dystrofia III. stupňa podľa Cliforda. Dieťa bolo po narodení resuscitované, primárne intubované, so zahájením riadenej ventilácie s katecholaminovou podporou a alkalizačnou liečbou. Pre septický stav (CRP 108 g/l) bola podávaná antibiotická liečba.

Dieťa bolo prepustené z novorodeneckej kliniky po ukončení hospitalizácie do domáceho prostredia v stabilizovanom stave, ľahko hypertonické. Dieťa je dispenzarizované v ambulancii pre deti s perinatálnym rizikom a u detského neurológa. Matke bola doporučená reflexná rehabilitácia, kontrola v šesťtýždňových intervaloch. Už pri prvej neurologickej kontrole dieťaťa bola stanovená diagnóza mikrocefalie. Pri pôrode bol horný obvod hlavičky dieťaťa 36 cm, čo by vzhľadom k pôrodnej hmotnosti bolo mierne nad normu, ale následný rast predstavuje len polovicu očakávaného priemerného rastu. V súčasnosti v objektívnom neurologickom náleze dominuje **spasticko-dystonická porucha stredne ťažkého stupňa s retardáciou vzpriamovania**, kineziologicky dieťa dosahuje úroveň 2.trimenonu, nepretáča sa, neuchopí hračku. V CT obraze mozgu je prítomná dilatácia v zmysle trojkomorového hydrocefalu ex vakuo, dilatácia subarachnoidálnych priestorov supratentoriálne s prevahou nálezu frontoparietálne so zájdeným komorovým švom. Stav je hodnotený ako incipientná kraniostenóza, kortikosubkortikálna atrofia mozgového parenchýmu.

Z uvedeného vyplýva, že ide o poškodenie dieťaťa morfológicky aj klinicky. Dieťa bolo odoslané pre nepokračujúci rast hlavičky na neurochirurgické konzílium, neurochirurg operačnú intervenciu neindikoval. Dieťa je t. č. liečené v ústavnom rehabilitačnom zariadení, ostáva naďalej v sledovaní detského neurológa s pravidelnými kontrolami v 6 - 8 týždňových intervaloch, pokračuje stimulačnú a rehabilitačnú liečbu.

Záver:

Profúzne krvácanie v dôsledku vcestnej placenty viedlo k poklesu krvného tlaku u matky, k hemoragickému šoku, k neefektívnemu prietoku krvi mozgom plodu, k ťažkej bradykardii plodu pri znížení systémového tlaku. Keďže dieťa bolo donosené, má typickú následnú závažnú postischemickú

léziu bazálnych ganglií, talamov a kortikálnu atrofiu. Hypoxia plodu viedla k rozbehnutiu procesu hlbkej hypoxémie, jej odrazom bola aj acidobáza krvi z pupočnej artérie s hodnotou **pH 6,81**, teda išlo o ťažkú acidózu s vysokou mortalitou. Prognóza pri danom poškodení mozgu dieťaťa zodpovedá závažnosti hemoragického šoku matky.

Po preskúmaní zdravotnej dokumentácie novorodenca je zrejmé, že príčinou jeho závažného klinického stavu bola hypoxia. **K najzávažnejšiemu ohrozeniu dieťaťa ešte ako plodu in utero došlo tesne pred pôrodom a počas pôrodu v dôsledku hemoragického šoku matky, kedy bola zaznamenaná závažná bradykardia plodu. Mikrocefalia dieťaťa je jednoznačne sekundárna.**

Zhrnutie úradu:

Ambulantný gynekológ pochybil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Nesprávne vyhodnotil USG nález u tehotnej pacientky v 30. a 37. týždni, **nerozpoznal vcestnú placentu, ktorá nepochybne bola prítomná.** V dôsledku chybného hodnotenia nálezu potom vaginálnym vyšetrením v termíne pôrodu ohrozil život a zdravie rodičky aj dieťaťa.

Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Rozsiahle iatrogénne poranenie veľkých iliackých ciev a presakrálnych venózných plexov

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

47-ročná pacientka bola prijatá na plánovanú hospitalizáciu na gynekologicko-pôrodnické oddelenie NsP z dôvodu nadmerného krvácania pri myomatózne zmenenej maternici. Po príslušných vyšetreniach primár oddelenia indikoval operáciu, totálnu laparoskopickú hysterektómiu s obojstrannou adnexektómiou.

Operácia bola vykonaná v celkovej anestézii, samotnej hysterektómii predchádzala adheziolyza pre zrasty v dutine brušnej, vzniknuté po predchádzajúcej laparotomickej operácii, cisárskom reze. Prítomnosť intraabdominálnych adhézií komplikovala disekciu močového mechúra, nevyhnutnú pre zvolený postup pri odstránení maternice. Operatér po zosunutí močového mechúra amputoval maternicu a extrahoval ju per vaginam. Pri laparoskopickej kontrole operačného poľa mal podozrenie na možné poranenie močového mechúra, pravdepodobne sa rozhodol pre laparoskopickú suture. Pre lepšiu vizualizáciu zaviedol suprapubicky, v starej jazve po sekcii, pomocný port. **Pri zavádzaní pomocného portu došlo k poraneniu ciev s krvácaním.** Krvácajúce miesto bolo prekryté sigmoidom, rozsah poranenia nebol zrejмый, preto operatér pristúpil k laparotómii Pfanenstielovým rezom (v jazve po cisárskom reze) a okamžite privolal chirurga, cievného chirurga a primára gynekologického oddelenia. Medzitým rukou komprimoval aortu.

Ďalší priebeh operácie prebiehal pod vedením chirurgického tímu, krvácanie v dutine brušnej sa podarilo zastaviť. **Išlo o rozsiahle iatrogénne poranenie veľkých iliackých ciev a lézii presakrálnych venózných plexov.** V čase revízie dutiny brušnej chirurgom a cievnym chirurgom bol stav pacientky kritický, napriek podaniu 4 l krvi došlo k rozvoju hemoragického šoku. Podľa písomného stanoviska chirurga nebolo možné pre rozsah poranenia ciev obnoviť kontinuitu a vykonať rekanalizáciu v. iliaca externa, sutúra nebola možná pre krehkosť a minimálnu hrúbku steny vény. Jediným možným riešením v kritickej situácii bola hemostáza ligáciou a následná rekonštrukcia kontinuity a. iliaca externa s obnovením prietoku krvi do ľavej dolnej končatiny. Chirurg v ďalšej etape operácie ošetril poranenie močového mechúra. Išlo o poškodenie steny mechúra v oblasti apexu a trigona.

Po 11 hodinovom zákroku bola pacientka preložená na OAIM. Počas operácie stratila cca 6 l krvi, bolo jej podaných 14 l tekutín. Pri prekladaní pacientky bola v mieste nalepenia elektródy na chrbte zistená popálenina II.- III- stupňa veľkosti 20x15 cm.

Počas hospitalizácie na OAIM pokračovali v intenzívnom monitoringu, umelej pľúcnej ventilácii a komplexnej medikamentóznej liečbe. Laboratórne vyšetrenia obličkových parametrov a prehlbujúca sa oligúria až anúria svedčili pre akútne zlyhanie obličiek, po konzultácii s nefrológom bola u pacientky denne realizovaná dialýza. Aplikovaná bola kompletná parenterálna výživa a enterálna výživa cez nazogastrickú sondu. Naďalej bola nutná umelá pľúcna ventilácia, preto bolo rozhodnuté o tracheostómii z dôvodu dlhodobej UPV. Po 4 dňoch od vykonania tracheostómie bolo vyslovené podozrenie na tracheoezofageálnu fistulu, (cez TS bola odsávaná žalúdočná tekutina), CT vyšetrenie potvrdilo tracheoezofageálnu fistulu, ako aj aspiračnú pneumóniu. Po konzultácii s klinikou hrudníkovej chirurgie bolo odporúčané vykonať derivačnú gastrostómiu a výživnú jejunostómiu. Operačné riešenie fistuly bolo naplánované po odpojení pacientky z UPV.

Popálenina na chrbte, spôsobená elektródou pri operácii, bola chirurgicky riešená na klinike popálenin a rekonštrukčnej chirurgie. Dva mesiace po hysterektómii bola indikovaná resutúra prednej brušnej steny pre eventráciu cez jazvu po ľavom paramediálnom reze.

Pri definitívnom operačnom riešení tracheoezofageálnej fistuly došlo ku komplikáciám. Po operačnej revízii so sutúrou ezofagu a segmentálnou resekciou trachey s anastomózou end- to end došlo po prechodnom zlepšení k edému hlasiviek a edému vestibulárnych rias. Stav si vyžiadala implantáciu T- kanyly. O ďalší mesiac bola pacientka znovu vyšetrená bronchoskopicky. Pre zlepšený nález bolo rozhodnuté o možnom definitívnom uzatvorení tracheostómie, ale po niekoľkých

hodinách od operácie došlo k obnoveniu inspiračného stridoru, preto bola nutná reimplantácia kanyly. Definitívne uzatvorenie tracheostómie bolo odložené na neurčito.

Záver:

47-ročná pacientka bola prijatá na hospitalizáciu za účelom plánovanej hysterektómie. Pri laparoskopicko-nej operácii došlo k poraneniu močového mechúra, operatér pravdepodobne plánoval laparoskopicky ošetriť aj toto poranenie a v snahe bližšie ozrejmiť rozsah lacerácie zaviedol v starej rane po cisárskom reze ďalší pomocný port, čím spôsobil rozsiahle poranenie veľkých iliackých ciev a presakrálnych venózných plexov.

Zhrnutie úradu:

Ku pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo pri ozrejmovaní rozsahu peroperačného poranenia močového mechúra. Operatér aj pri ozrejmovaní komplikácie pokračoval v operácii laparoskopicky. Laparotómiu vykonal až po masívnom krvácaní v dutine brušnej. Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Pankreatitída alebo akútny infarkt myokardu ?

Z anamnézy a objektívnych a laboratórných vyšetrení:

Išlo o 46-ročného pacienta s chronickou etylickou pankreatitídou, s chronickou renálnou insuficienciou a výraznou retenciou dusíkatých látok (kreatinínémia: 330-360 $\mu\text{mol/l}$), sekundárnym anemickým syndrómom (hematokrit 31 %), chronickou hepatopatiou kombinovanej etiológie, abúsom etanolu a analgetík, s arteriálnou hypertenziou III, 2. štádium a poruchou glukózovej tolerancie.

Dňa 17.02.2006 o 12:14 hod. odoslaný na interné vyšetrenie s podozrením na akútne exacerbovanú chronickú pankreatitídu (po diétnej chybe, alkohole). V zdravotnej dokumentácii sa uvádza: má bolesti brucha (bližšie nešpecifikované) a aj vracanie. Afebrilný, anemický kolorit kože, TK 140/102 mmHg, somnolentný, dehydratovaný. Má zostrené dýchanie, ojedinile vrzoty bazálne vľavo. Akcia srdca je pravidelná – 92/min., systolický šelest v mesokarde, abdominálne vyšetrenie preukazuje auskultačné ticho. EKG: os semivertikálna, PZ V2-V4, P pulmonale v II, III, aVF zvodoch, ST depresie laterálne i na zadnej stene. Po zrealizovaní laboratórných vyšetrení (Ery 2,97 mil., Hb 92 g/l, Htk 0,317, Leu 8 600, Tr 401 000, glukóza 2,65 mmol/l, urea 10,9 mmol/l, kreatinín 285 $\mu\text{mol/l}$, ALT 0,08 $\mu\text{kat/l}$, AMS 5,53 $\mu\text{kat/l}$, Na 138 mmol/l, K 4,4 mmol/l), RTG brucha a sonografického vyšetrenia brucha, RTG hrudníka (bránice klenuté, uhly voľné, srdce nezväčšené, bez známkov stázy), bolo zabezpečené chirurgické konziliárne vyšetrenie. Chirurg potvrdil diagnózu: Pancreatitis chronica acute exacerbans, t. č. bez nutnosti chirurgickej intervencie.

Pacient bol preto prijatý 17.2.2006 na hospitalizáciu na interné oddelenie. V objektívnom náleze sa pri prijatí o 16:29 hod. uvádza: afebrilný, pri vedomí, orientovaný, eupnoe, bez cyanózy a ikteru, horizontálnu polohu toleruje dobre, sliznice suché, náplň jugulárnych vén znížená, orientačný neurologický nález v norme. Dýchanie vezikulárne, čisté. Akcia srdca je pravidelná s frekvenciou 80/min., TK 120/70 mmHg, abdomen palpačne citlivé v epigastriu, bolestivé pod ľavým rebrom oblúkom, peristaltika prítomná, ale chabšia. Dolné končatiny bez edému, bez známkov flebitidy. EKG: sínusový rytmus s frekvenciou 90/min., el. os 60 st., PZ V3-V4, ST segment s naznačenými depresiami III, aVF. V terapii ordinované 5% glukóza v infúzii, Ranital 1 amp. i.v. ráno a večer, Degan 1 amp. i.v. ráno a večer, fyziologický roztok s Mesocainom, s Novalginom ráno a večer, Tensiomin podľa krvného tlaku a Algifen amp. podľa potreby.

Dňa 18.02.2006 z laboratórných vyšetrení zvýšená urea (11,52 mmol/l), zvýšený kreatinín (337 $\mu\text{mol/l}$), zvýšená lipáza (12,8 $\mu\text{kat/l}$), zvýšená amyláza (4,24 $\mu\text{kat/l}$), znížený s-albumín (30,2 g/l), ostatné biochemické vyšetrenia v norme.

Dňa 19.02.2006 večer o 20:30 hod. v zdravotnej dokumentácii zápis o subjektívnom údaji bolesti hrudníka (asi mesiac trvajú, ale teraz sú silnejšie). Objektívne dýchanie čisté, AS pravidelná 70/min., TK 140/90 mmHg. EKG – sínusový rytmus, 95/min, analogický obraz ako na predchádzajúcom EKG.

Dňa 20.02.2006 ráno pri vizite subjektívny údaj o bolesti priedušiek pri dýchaní. Objektívne TK 145/95 mmHg, akcia srdca pravidelná 90/min. O 12,30 hod. naordinovaný nitroglycerín pre bolesti na hrudi, o 13:15 hod. pre nelepšenie bolesti naordinovaný Tramal tbl. O 17:10 hod. v dokumentácii zaznamenané: bolia ho stále „priedušky“, nedá sa mu odkašľať, v kľude bolesti neudáva, len keď zakašle. Objektívne dýchanie vezikulárne, vpravo oslabené, bez vedľajších fenoménov, akcia srdca – 90/min.

Dňa 21.2.2006 v zdravotnej dokumentácii uvedené: subjektívne bolesti „priedušiek“, dýchanie čisté, akcia srdca pravidelná, TK 145/100 mmHg. Výsledky biochemických vyšetrení: zvýšená urea (11,25 mmol/l), zvýšený kreatinín (360 $\mu\text{mol/l}$), AST 0,45 $\mu\text{kat/l}$, GMT 0,56 $\mu\text{kat/l}$, amyláza 1,61 $\mu\text{kat/l}$, zvýšená lipáza 1,76 $\mu\text{kat/l}$, Na 128 mmol/l, K 3,9 mmol/l, Ca 2,18 mmol/l, P 1,34 mmol/l, doordinovaný odber CRP, CK (bez dodaných výsledkov) a troponínu (0,14 $\mu\text{g/l}$), raňajšia glykémia nalačno 3,5 mmol/l. Natočené EKG: zostávajú pôvodné zmeny v štandardných zvodoch, nie je prítomné patologické Q v III a aVF, Q je naznačené v aVL. Vo V4 – V6 postupný nárast R od V4, Q vlna vo V4 – V6 takmer chýba, depresia ST segmentu, rytmus sínusový okolo 100/min (priame a špecifické známky infarktového ložiska na EKG chýbajú). O 14:35 hod. v zdravotnej dokumentácii uvedené: pacient somnolentno-soporózný, bledá koža, suchá, bulby vykazujú nekoordinované

pohyby, pacient je bez evidentnej hemiparézy, dýchanie zosťrené bez vedľajších fenoménov, akcia srdca pravidelná 90/min., TK 165/95mmHg, abdomen voľné, priehmatné, bez rezistencie, peristaltika slabá, dolné končatiny bez edémov. Prizvaný neurológ stav uzavrel ako kvantitatívnu poruchu vedomia bez evidentnej lateralizácie na končatinách – teda obraz difúznej encefalopatie v. s. metabolickej genézy.

O 16:30 hod. sestrou privolaný lekár konštatuje, že pacient bol nájdený bez spontánnej dychovej aktivity, zahájená resuscitácia, ktorá bola neúspešná, o 16:40 hod. konštatovaný exitus letalis.

Ako prvotná príčina smrti je v liste o prehládke mŕtveho uvedená recidivujúca akútne exacerbovaná chronická pankreatitída, kardiopulmonálne zlyhanie pri základnom ochorení.

V pitevnom protokole bol však ako prvotná príčina smrti uvedený akútny rozsiahly transmuralný infarkt myokardu zadnej steny EK.

Záver:

1. Prijímacou diagnózou bola pankreatitída a jej následná liečba pacienta bola vedená tým smerom, teda zahájená správne.
2. Následný vznik akútneho diaphragmatického infarktu myokardu s terminálnym zlyhaním srdca (pri atypickom EKG) sa správne nerozpoznal. Humorálne markery sa síce po identifikovaných stenokardiách nariaďili vyšetriť, ale už sa nestihli realizovať a vyhodnotiť (boli by určite viedli k správnej diagnóze), čím vznikol nesúlad medzi klinickou diagnózou a pitevným nálezom.

Zhrnutie úradu:

U závažne polymorbidného pacienta bola ako prvá prítomná akútna exacerbácia chronickej pankreatitídy s prehĺbením dehydratácie, urémie a hypotenzie. Tieto následne viedli pri existujúcej ťažkej koronárnej chorobe k vzniku akútneho diaphragmatického infarktu myokardu, ktorý bezprostredne zapríčiniť kardiopulmonálne zlyhanie a smrť. Po bolestiach v epigastriu nasledovali bolesti na hrudníku, ktoré boli lekármi správne hodnotené ako stenokardie a správne boli naordinované ďalšie laboratórne vyšetrenia (humorálne markery). Tie sa však už nestihli realizovať. Priebeh infarktu bol klinicky aj na EKG atypický. Najskôr bol jeho klinický obraz „maskovaný“ sprievodnou pankreatitídou. Rozpoznanie súčasne prítomného akútneho infarktu myokardu by však pravdepodobne nebolo zlepšilo prognózu pacienta.

Úrad navrhol prípad prebrať na seminári oddelenia ako poučnú kazuistiku.

Idiopatická intersticiálna pneumónia- zriedkavé, ale možné ochorenia

Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení a epikritické zhrnutie:

53-ročná pacientka opakovane liečená v minulosti pre chronickú bronchitídu akútne exacerbovanú, spojenú s obštrukciou a syndrómom dráždivého kašľa ako ekvivalent astmy.

Pre vyššie uvedené diagnózy bola pacientka v roku 1996 na liečení v Tatranskej Polianke, kde boli zrealizované kompletné spirometrické, RTG a imunologické vyšetrenia, stav bol uzatvorený ako chronická bronchitída. V rokoch 2001 -2003 opakovane vyšetrená na pľúcnej ambulancii so záverom chronická obštrukčná choroba pľúc. Funkčné vyšetrenie zistilo periférnu obštrukciu, nasadená bola príslušná bronchodilatačná liečba.

Dňa 03.02.2005 zaznamenané v zdravotnej dokumentácii pľúcne vyšetrenie (RTG hrudníka z patologických zmien len výraznejšie hily) so záverom exacerbácie chronickej bronchitídy. Pre febrilný stav odporučená ATB liečba, na kontrolu dňa 21.02.2005 sa pacientka nedostavila. Pre trvajúci dráždivý kašeľ odoslaná zároveň na imunologické vyšetrenia, kde bol stav uzavretý ako syndróm dráždivého kašľa.

V januári 2006 navštívila pacientka svoju všeobecnú lekárku pre bolesti v pravej strane hrudníka a ľavej dolnej končatine. Odoslaná na RTG hrudnej a driekovej chrbtice a na neurologické vyšetrenia. RTG Th chrbtice - dextroskolióza, mierne výraznejšia kyfóza, incipientné deformačné zmeny v dolnej časti, užšie medzistavcové priestory, LS chrbtica: deformačné zmeny, osteochondróza L5-S1. Stav bol uzavretý neurológom ako vertebrogénny Th syn. vpravo, vertebrogénny algický syndróm LS s coxartrozou vľavo. Odporučený obštek 1% Mesocainom. Následné kontrolné neurologické vyšetrenia v dňoch: 20.01., 24.01., 27.01. a 31.01.2006 – podané obstreky 1% Mesocainom, stav hodnotený neurológom len ako mierne zlepšený.

Pre pretrvávajúce ťažkosti odoslaná neurológom na infúznú terapiu na neurologický stacionár. Dňa 09.02.2006 zahájená infúzna liečba ½ Fyziologický roztok + Natrium salicyl. 10% 1 amp. + Mesocain 1% 10 ml + Guajacuran 1 amp + Tramal 50 1 amp. intravenózne. Infúzna liečba bola podaná 5x.

Dňa 15.02.2006 o 23,00 hod. bola pacientka ošetrovaná na LSPP pre subfebrilie, zimnicu, ťažobu, bolesti chrbtice a na hrudníku. Stav uzavretý ako viróza + vertebrogénny bolestivý syndróm. Ordinovaný Paralen, Augmentin, Podaný Diazepam i. m., Dolmina i. m..

Nasledujúci deň, t. j. 16.02. počas podávania infúzie pacientka sa cítila zle, celkovo bola veľmi slabá, udávala bolesti na prednej strane hrudníka, sťažené dýchanie a kašeľ. Pri posadení kolapsový stav. Odoslaná na hospitalizáciu na interné oddelenie, kde bola prijatá na JIS s rozvíjajúcou sa respiračnou insuficienciou ako podozrenie na sukcesívnu embolizáciu do artéria pulmonalis. Pri prijatí objektívny nález: pacientka pri vedomí, schvátená, orientovaná, kľudové dyspnoe, subcyanóza pier, bez ikteru. Horizontálnu polohu toleruje. Pulmo - krepitácie obojstranne, cor – akcia pravidelná 140/min., TK 120/80. EKG: sínusový rytmus, TZ vo V4, PQ 0,16, rS vo V1-V3, ploché T v I. Embolizácia na angio CT nebola potvrdená, na RTG vyšetrení hrudníka zistené rozsiahle infiltratívne zatienenia rôznej veľkosti, viac vpravo, s rozšíreným tieňom srdca. Z laboratórných vyšetrení glukóza 8,53, kreatínkináza 3,27, CRP 29,7, troponín 2,40, leukocyty 13,12, ostatné v norme, v krvných plynách ťažká hypoxémia (pO₂ 4,80 kPa), normokapnia, saturácia O₂ 70,2%. Zrealizované bolo konziliárne vyšetrenie pneumológom a zahájená adekvátna liečba (kortikoidy vysoké dávky, antibiotiká, antikoagulancia, oxygenoterapia).

Stav pacientky progredoval, nasledujúci deň - 17.02.2006 došlo k zhoršeniu klinického stavu a progresii respiračnej insuficiencie napriek kombinovanej liečbe antibiotikami a vysokými dávkami kortikoidov. Bol nevyhnutné napojiť pacientku na umelú pľúcnu ventiláciu, pacientka bola preto preložená na oddelenie anestézie a intenzívnej medicíny.

Hospitalizácia na OAIM v dňoch 17.02. – 19.03.2006. Respiračná insuficiencia sa napriek intenzívnej liečbe (antibiotiká, imunoterpia, fyzioterapia pľúc) postupne prehlbovala a pacientka dňa

19.03.2006 exitovala na podklade akútneho respiračného zlyhania, akútnej alveolitídy, ARDS a multiorgánového zlyhania.

Pitva:

Pri pitve bol konštatovaný nález kompletne v celom rozsahu fibrózne zmenených pľúc, nevzdušných, bez prítomnosti funkčného pľúcneho tkaniva. Histologicky obraz end-stage pľúcnej fibrózy, ktorej prvotnú príčinu nebolo možné stanoviť.

Záver:

1. U pacientky išlo o Idiopatickú intersticiálnu pneumóniu s perakútnym priebehom a s prestavbou pľúcneho parenchýmu v zmysle fibrózy.
2. U pacientky išlo zjavne o koincidienciu uvedenej diagnózy s akútne exacerbovaným vertebrogénnym algickým syndrómom (pri pozitívnom neurologickom náleze), príznaky VAS vo včasnej fáze ochorenia prekryli príznaky rozvíjajúcej sa intersticiálnej pneumónie.

Zhrnutie úradu:

Idiopatická intersticiálna pneumónia je relatívne zriedkavé ochorenie, ktoré sa prejavuje hlavne námahovou dýchavicou (neskôr aj kľudovou), suchým, dráždivým kašľom, cyanózou a neskoršie príznakmi zo strany respiračnej insuficiencie a zlyhávania srdca. V dokumentácii tieto údaje zo strany pacientky neboli zaznamenané, v popredí bola narastajúca zhoršujúca sa bolesť na hrudníku s pozitívnym neurologickým nálezom. Bolesť nepatrí medzi symptómy, ktoré by viedli lekára k stanoveniu tejto diagnózy. Ochorenie môže mať aj akútny priebeh s minimálnou odpoveďou na kortikoidnú liečbu.

Zo strany ošetrojúcich lekárov bola zdravotná starostlivosť (diagnostický postup i liečba) poskytnutá adekvátne.

Nepodceňujte anamnestické údaje**Z anamnézy a objektívnych vyšetrení:**

Úrad zaevidoval podanie vo veci nespokojnosti s postupom službukonajúceho lekára LSPP pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti 51-ročnému pacientovi s následným úmrtím.

Dňa 27.06.2006 o 18,29 hod. bol 51 ročný pacient vyšetrený lekárom LSPP pre bolesti v epigastriu, hrudníku, vyžarujúce do hrdla. Mal pocit slabosti, nemohol sa dobre nadýchnuť a mal pocit nedostatku vzduchu. Doma si namerlal zvýšený krvný tlak a ráno užil Ibalgin.

Pri vyšetrení v objektívnom náleze bolo auskultačne dýchanie vezikulárne, bez vedľajších fenoménov, akcia srdca pravidelná s frekvenciou 90/min, tlak krvi 120/90 torr. Popísaný je blok hrudnej a LS chrbtice. Brucho nebolestivé, hepar v oblúku. Pacient bol afebrilný.

Stav bol uzatvorený ako novozistená hypertenzia, bola podaná 1 amp. Mabron i. m., a predpísané lieky, Dorsilflex a Lodoz. Pacient bol poslaný domov s doporučením – pri pretrvávajúcej obtiaži interné a ortopedické vyšetrenie.

Pacient nasledujúci deň 28.06.2006 o 5,57 hod. doma exitoval.

Pitevný nález:

Bezprostredná príčina smrti:

- Čerstvý infarkt srdcového svalu
- Rozpadnutý plát a nasadajúci trombus v pravej vencovitej tepne
- Celkové kornatenie tepien s prevažným postihnutím vencovitých tepien srdca

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu konštatoval nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods.3 zákona č.576/2004 Z. z..

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledujúcim konaním:

- Službukonajúci lekár LSPP nezahodnotil správne klinický stav pacienta, keďže anamnéza svedčala pre možné stenokardie a súčasne boli namerané zvýšené hodnoty tlaku krvi
- Pacient mal byť ihneď po vyšetrení odoslaný na interné vyšetrenie (ústavnú pohotovostnú ambulanciu interného oddelenia) vrátane doplnenia EKG, RTG hrudníka a základných laboratórných parametrov.

Sankcie:

Podaný návrh osobitnej komisii predsedu úradu na uloženie sankcie a prijatie nápravných opatrení poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.

Spoločný nález laryngeálnej a bronchiálnej obštrukcie u detí je závažným stavom vyžadujúcim urýchlenú hospitalizáciu

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

Dieťa (dievča) z III. gravidity, pôrod spontánny v 41. týždni, pôrodná hmotnosť 3980 g, pôrodná dĺžka 51 cm; dojčené 1 mesiac. Preventívna starostlivosť bola poskytovaná v súlade so zákonom č. 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov. V predchorobí: atopický ekzém (1x hospitalizácia na detskej dermatovenerologickej klinike), bežné infekcie dýchacích ciest (opakovane laryngitída, 1x spastická bronchitída – stavy nevyžadovali hospitalizáciu); opakovane bol podaný Hydrocortison i. m..

Dieťa v veku 2,5 roka bolo vyšetrené na ambulancii pre deti a dorast pre nádchu a katarálnu angínu s teplotou 37,8°C, ordinovaný Penbene sirup. O týždeň absolvovalo kontrolné vyšetrenie u zastupujúcej lekárky, kedy pre prejavy akútnej tracheobronchitídy bol o. i. ordinovaný Medoclav sirup. Na ďalšej kontrole (opäť o týždeň) matka udávala zhoršenie zdravotného stavu od večera (v noci štekavý kašeľ, spanie v polohe polosediačky). Pri objektívnom vyšetrení boli zistené prejavy laryngitídy s inspiračným stridorom a súčasne dýchanie difúzne s piskotmi. Stav bol uzatvorený ako diagnóza J04 (akútny zápal hrtana a priedušnice) a diagnóza J20 (akútny zápal priedušiek) súčasne. Hospitalizácia nebola odporúčaná!

Predpísané boli: Fromilid sirup, Fenistil kvapky, Ventolin sirup a Hydrocortison inj. Po vybratí uvedených liekov z lekárne a návrate do ambulancie bol podaný Hydrocortison 50 mg i. m.. Vzápätí sa matka vrátila s dieťaťom z čakárne, dieťa bolo bledé s periorálnou cyanózou, plytkým dýchaním a akciou srdca 70/min. Bola volaná RZP a začatá resuscitácia. Po príchode RZP (po 15 min.) napriek prítomnosti nezvratných známkov smrti (fixovaná mydriáza, cyanóza, apnoe, asystólia), resuscitácia pokračovala ešte asi 30 min. (intubácia, odsávanie, umelá pľúcna ventilácia, masáž srdca, medikácia). O 12.00 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Nežiaduci účinok podaného lieku (Hydrocortison ICN inj.) nebol štátnym ústavom pre kontrolu liečiv v Bratislave potvrdený – na základe výsledkov skúšok sa daná šarža lieku nepovažovala za nevyhovujúcu pre humánne použitie.

Pitevný nález:

- Chronická lymfoidná bronchitída s prímiesou eozinofilov – obštrukčného charakteru.
- Respiračné zlyhanie.
- Terminálne vdýchnutie žalúdočného obsahu do priedušnice, priedušiek a pľúc. Zväčšenie dojčenskej žľazy 50 g.
- Opuch mozgu. Akútna rozedma pľúc a ložiská nevzdusnosti tkaniva pľúc. Stopa po injekčnom vpichu na vonkajšej ploche ľavého stehna.

Zhrnutie úradu , zistené porušenie zákona:

Úrad výkonom dohľadu konštatoval nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledujúcim konaním:

- Nesprávne boli zhodnotené anamnestické údaje (údaj v anamnéze, že dieťa celú noc štekavo kašľalo a hlavne, že muselo spať vo vynútenej polohe – skoro polosediačky), ktoré boli indikáciou k hospitalizácii.
- Nesprávne bol zhodnotený klinický nález: spoločný nález laryngeálnej a bronchiálnej obštrukcie je závažným stavom vyžadujúcim urýchlenú hospitalizáciu pre hroziace respiračné zlyhanie.
- Resuscitácia, tak ako je popisovaná v dokumentácii, nebola lege artis.

Vyšetrenie a manažment dieťaťa možno hodnotiť ako chybný pre nesprávne zhodnotenú anamnézu, klinické príznaky a nedostatočnú resuscitáciu.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a odborné školenie na akreditovanom pracovisku.

Vírusová meningoencefalitída – dnes nie raritné ochorenie

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

Išlo o 45-ročného pacienta, ktorý netrpel na vážnejšie ochorenia. V anamnéze bolo známe zistenie kongenitálnej nekonjugovanej hyperbilirubinémie a sporadické mierne dysurické obtiaže.

ÚDZS prešetroval prípad pacienta, u ktorého bola oneskorene diagnostikovaná vírusová neuroinfekcia – Herpetická meningoencefalitída - pacient bol postupne vyšetrený a liečený všeobecným lekárom, následne hospitalizovaný na internom, OAIM a infekčnom oddelení.

Prvé anamnestické príznaky začali podľa dokumentácie 11.03.2006 teplotou do 40 st. C, pocitom plnosti močového mechúra, súčasne bolesti v záhlaví, slabosť, nechutenstvo.

V súvislosti s uvedenými ťažkosťami pacient navštívil svojho všeobecného lekára, ktorý vyšetril pacienta vo svojej ambulancii dňa 13.03.2006.

Zo zdravotnej dokumentácie zo dňa 13.03.2006 vyplýva, že všeobecný lekár zaznamenal subjektívne ťažkosti pacienta, pacienta objektívne vyšetril vrátane TT, TK, moč chemicky - negat. Stav záveroval ako infekť močových ciest – dg. N.30. V liečbe ordinoval Amoxiklav 2x1000 mg., Novalgin tbl. 3x1 tbl. Pacienta zároveň uznal PN.

Ďalší záznam všeobecného lekára v zdravotnej dokumentácii je zo dňa 15.03.2006, kedy bol záznam realizovaný bez prítomnosti pacienta – na základe údajov manželky pacienta. Lekár zaznamenáva údaje: „ TT 39,8 st.C, vracal, bodavé bolesti v hlave, nemôže mi odpovedať, lebo ani rozprávať nemôže, bolí ho celé telo, nemôže sa ohnúť v krížoch“ Lekár stav uzatvára s dg. J.11 (chrípka vyvolaná neidentifikovaným vírusom). Lekár mení terapiu na Indomethacin 100 supp., Xorimax 500 mg. 2x1 tbl. Zdravotnú dokumentáciu odovzdáva manželke pacienta s odporúčením „ pp ad int. karta domov.“

Posledný záznam v zdravotnej dokumentácii všeobecného lekára je zo dňa 20.03.2006 v znení: „ očkovanie proti encefalitíde nemal.“ Dôvod tohto záznamu nie je v zdravotnej dokumentácii uvedený – lekár vo svojom následnom písomnom prehlásení uvedené odôvodnil tým, že uvedený záznam vykonal na základe žiadosti pacientovej manželky o podanie informácie.

Pacient vyšetrený dňa 16.03.2006 na ústavnej internej ambulancii a následne v ten istý deň prijatý s febrilným stavom a retenciou moča na Interné oddelenie s dg. Cystitída .

V deň prijatia pacienta na interné oddelenie realizované urologické vyšetrenie. Konziliárny urológ stav dg. uzatvára ako Prostatitis acuta –chron. retencia moča.

ÚDZS zistil, že konziliárny urológ autoritatívne stanovuje diagnózu prostatitídy pri retencii moča. Indikuje 3. antibiotikum s odôvodnením, že predchádzajúce antibiotiká dobre neprenikajú do prostaty / čiže v moči by mala byť leukocytúria, bakteriúria, v KO leukocytóza, zrýchlená FW a vysoké CRP/. Jeho diagnózu nepodporujú nízke zápalové parametre a biochemický a cytologický nález vo vyšetrenom moči.

Diferenciálne diagnosticky pri vyšetrení moča prichádza do úvahy aj neurogénna porucha močenia, ktorá je jedným z prejavov encefalitídy.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi interným oddelením ÚDZS zistil, že po prijatí pacienta s horúčkou a problematickým močením na interné oddelenie mu nebola realizovaná bilancia tekutín. Nekriticky bola prijatá diagnóza špecialistu a napriek pretrvávajúcim horúčkam a bolestiam hlavy /nikde v dokumentácii nie je poznačené, či bolo zisťované, či má pacient bolesti hlavy stále, alebo len počas horúčky/ nebol volaný na konziliárne vyšetrenie urológ, aby indikoval lumbálnu punkciu. Neboli brané do úvahy nízke zápalové parametre a biochemický a cytologický nález vo vyšetrenom moči, podľa ktorých buď bola bakteriálna infekcia zvládnutá a pacient by mal byť bez teploty, alebo je príčina horúčok iná. ÚDZS považuje za nedostatok realizáciu diagnostickéj lumbálnej punkcie až na 4. deň hospitalizácie pacienta.

Výkonom dohľadu bolo zistené, že konziliárny urológ a interné oddelenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi nepostupovali správne, nakoľko nebrali do úvahy dif. dg. možnosť

neurogénnej etiológie ochorenia, pre ktoré boli symptómy významné. Stav pacienta vyžadoval OAIM intervenciu. OAIM indikuje vyšetrenie likvoru – nález svedčiaci pre susp. meningoencefalitídu. Podaný Herpesin i.v. a konzultované infekčné oddelenie, na ktoré bol pacient promptne v kritickom stave preložený.

Zhrnutie úradu, zistené porušenia zákona u dohliadaných subjektov:

všeobecný lekár pre dospelých:

- pri prvom vyšetrení pacienta dňa 13.03.2006 nevykonal všetky potrebné vyšetrenia za účelom stanovenia správnej diagnózy a následnej terapie, čím **porušil § 4 ods. 3 zákona NR SR č. 576/2004 Z. z.**
- dňa 15.03.2006 i napriek informácii o zdravotnom stave pacienta nevyšetril a nemal tak možnosť zväziť urgentnosť indikovanej hospitalizácie, čím porušil **§ 79 ods. 1, písm. a) zákona NR SR č. 578/2004 Z. z.** a zároveň **porušil § 4 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti,**
- bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta ordinoval zmenu ATB terapie, čím **porušil § 4 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti**
- zdravotnú dokumentáciu pacienta nevedel v súlade s platnou legislatívou najmä tým, že pacienta pri vyšetrení preukázateľne nepočul, čím porušil **§ 6 ods. 1 zákona o zdravotnej starostlivosti a § 79 ods. 1, písm. l) zákona NR SR č. 578/2004 Z.z..**

ústavné zdravotnícke zariadenie:

- Nepostupovalo správne v tom, že konziliárny urológ a interné oddelenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi **nebrali do úvahy dif. dg. možnosť neurogénnej etiológie ochorenia, pre ktoré boli symptómy ochorenia významné**, čím porušili § 4 ods. 3 zákona NR SR č. 576/2004 Z. z..

Sankcie:

Úrad uložil obom poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sankcie (pokutu).

Poučenie:

Diagnostika vírusových neuroinfekcií je zvlášť ťažká vtedy, keď je klinický nález netypický. Herpetická meningoencefalitída môže prebiehať subakútne, akútne a perakútne. Učebnica infektológie od autorov o. Bálint a kol., ktorá slúži aj na postgraduálnu edukáciu, uvádza, že pri herpetickej infekcii CNS môžu vysokej teplote predchádzať zmeny psychiky (zmätenosť, porucha pamäti a pod.). Na základe skúseností sa dá povedať, že priebeh ochorenia môže byť u každého pacienta iný a netypický.

Na rozdiel od bakteriálnych meningitíd, kde je typický meningeálny syndróm, sú vírusové neuroinfekcie charakteristické tým, že v úvode ochorenia vírus napáda vlastné tkanivo mozgu, vzniká encefalitída, kde je prítomná zmena psychiky až porucha vedomia a ložisková neurologická symptomatológia (parézy hlavových nervov, napr. akútne vzniknutý strabizmus, poruchy mikcie, EPI záchvaty...). Herpetické vírusy sú typické deštrukciou napadnutej bunky. Pri subakútnom priebehu herpetickej neuroinfekcie sa klinické príznaky nemusia prvé dni ochorenia prejavovať, ale deštrukcia tkaniva nenápadne postupuje, čo má za následok obvyčajne trvalé následky. Vírus je citlivý na liečbu antivirotikami hlavne prvých 5 dní ochorenia, kedy sa intenzívne množí (štádium replikácie vírusu). Keď dôjde k potlačeniu ochorenia imunologickou odpoveďou organizmu, replikácia vírusu ustáva a efekt liečby sa výrazne znižuje.

Pri stanovení diagnózy je preto nevyhnutná cieleňá komplexná anamnéza (za akých okolností začali ťažkosti, ako sa postupne vyvíjali, konfrontácia aj príbuzných - ako sa pacient z ich pohľadu

zmenil), klinické vyšetrenia, na ich základe je možné stanoviť predbežnú diagnózu, ktorú podporujú alebo vyvracajú laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia.

Vo vyššie uvedenom prípade je primárna chyba v manažmente pacienta zo strany všeobecného lekára, v ktorej pokračoval prijímajúci lekár a ošetrojúci lekári interného oddelenia. V oboch prípadoch je len jednoducho vedená zdravotná dokumentácia; prepúšťacia správa a dokumentácia interného oddelenia pri preklade na akútne oddelenie nehodnotí získané laboratórne nálezy, ale uvádza ich len ako nekomentovaný a netriedený sumár, neuvádza diferenciálne diagnózy, čo nesvedčí o racionálnom diagnostickom procese na internom oddelení ani o optimálnom manažovaní polymorbidného pacienta, aký sa práve na interných oddeleniach najčastejšie vyskytuje. Interné oddelenie musí kriticky hodnotiť nielen všetky laboratórne a pomocné vyšetrenia, ale nemôže u polymorbidného pacienta nekriticky akceptovať ani konziliárne vyšetrenia špecialistu, najmä ak sa stav pacienta zhoršuje a zmena ATB a iná terapia nejaví známky efektu.

Príčinou stavu u vyššie uvedenom prípade bola vírusová meningoencefalitída. Následky vírusovej infekcie CNS sa objavujú prakticky vždy, poškodenie CNS vírusovou infekciou nemožno vylúčiť, avšak dôsledná anamnéza a správny diferenciálne diagnostický postup zo strany ošetrojúcich lekárov môžu pomôcť stanoviť skôr správnu diagnózu a zabezpečiť včasnú antivirotickú liečbu – potrebnú hlavne v prvých dňoch ochorenia – vo vyššie uvedenom prípade pacient dostal antivirotiká až na 9. deň od objavenia sa prvých príznakov ochorenia.

Klinické známky difúznej peritonitídy sú vitálnou indikáciou na operačnú revíziu.

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

80-ročná pacientka bola prijatá na chirurgické oddelenie za účelom plánovanej operácie žlčníka z dôvodu verifikovanej cholecystolitiázy. V minulosti bola liečená na hypertonickú chorobu, ischemickú chorobu srdca a chronickú obštrukčnú chorobu pľúc. Predoperačné vyšetrenie pred cholecystektómiou vykonal lekár OAIM. V závere nálezu konštatoval, že pacientka je kardiopulmonálne kompenzovaná, schopná operačného výkonu v celkovej anestéze, stav hodnotený ako veku primeraný, s prihliadnutím na dobrú kompenzáciu pri medikamentóznej liečbe.

Na základe výsledkov vyšetrení a celkového zdravotného stavu u pacientky indikovaná laparoskopická cholecystektómia, vykonaná s operačným nálezom cholecystolitiázy a adhezívnej pericholecystitídy. Pri revízii brušnej dutiny, popísané zrasty medzi kľúčkami tenkého čreva a prednou brušnou stenou a zrasty omenta v okolí cholecysty. Počas extrakcie žlčníka došlo následkom extrémnej fragility steny žlčníka k vypadnutiu časti žlčníkových kameňov do brušnej dutiny, operatér predĺžil rez a manuálne vybral konkrémenty.

Na tretí deň po operácii sa pacientka sťažovala na difúzne bolesti brucha, peristaltika nebola auskultačne preukázaná, oligúria a pokles TK. Na základe odporúčania internistu pre podozrenie na peritonitídu pacientka bola preložená na OAIM. Na ôsmy deň po operácii chirurg indikoval revíziu brušnej dutiny z vitálnej indikácie. Pri laparotómii zistená difúzna peritonitída, zapríčinená perforáciou tenkého čreva v mieste adhézie ku prednej brušnej stene. Príčinou úmrtia u menovanej bolo, že po preklade na OAIM po adekvátnej liečbe došlo k prechodnej stabilizácii stavu, no i napriek pretrvávaniu difúzneho peritoneálneho dráždenia relaparotómia nebola vykonaná, hoci už na 2.-3. deň boli zdokumentované bolesti brucha a peritoneálne dráždenie.

Odklad operačného zákroku z dôvodu kardiálnej instability pri uvedenej abdominálnej symptomatológii nebol správnym riešením. Príčinou kardiálnej instability bola s najväčšou pravdepodobnosťou práve sa rozvíjajúca patológia v brušnej dutine. V dôsledku protrahovanej peritonitídy nastala sepsa, endotoxínový šok s následným multiorgánovým zlyhaním, čo bolo aj príčinou smrti pacientky.

Pitva nebola vykonaná.

Zhrnutie úradu a prijaté sankcie:

Zo záverov vykonaného dohľadu vyplýva porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a podal oznámenie na Generálnu prokuratúru SR.

Poučenie:

Z uvedených skutočností vyplýva, že odklad operačného zákroku z dôvodu kardiálnej instability pri uvedenej abdominálnej symptomatológii nebol správnym riešením. Klinické známky difúznej peritonitídy sú vitálnou indikáciou na operačnú revíziu.

Ultrazukové vyšetrenie brucha nie je to isté ako interné vyšetrenie

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

69-ročný pacient navštívil prvýkrát všeobecného lekára 7 dní pred nasledujúcim zhoršením zdravotného stavu. Subjektívne udával bolesti na hrudníku, „že všetko ho bolí“, vykašliava hlieny.

Objektívny nález : TK : 160/100 mmHg, teplota: 36,4 °C , moč negatívny, počet pulzov: 74/min. Podané MgSO₄ i.v. a po 30 minútach nastal pokles TK: 140/80 mmHg. Vzhľadom na vek pacienta, aj keď bola diagnostikovaná „bežná viróza“, boli naordinované nasledovné lieky: Doumox, Paralen. Vzhľadom na nameraný vyšší TK ordinované biochemické vyšetrenie krvi, vyšetrenie očného pozadia (nebolo realizované), RTG hrudníka, ultrazukové vyšetrenie brucha za účelom vylúčenia obličkového pôvodu hypertenzie. Laboratórne vyšetrenia: vykazovali zvýšené hodnoty glykémie, hepatálnych testov, cholesterolu v sére a amylázy v moči. V krvnom obraze bola prítomná leukocytóza. V moči stopy bielkovín. RTG. vyšetrenie: pľúcny parenchým bez čerstvých ložiskových zmien. O niečo výraznejšia bronchovaskulárna kresba parakardiálne, v hiloch niekoľko kalcifikátov, bránice jasnej kontúry, vonkajšie uhly nezachytené, tieň srdca nerozšírený, aortálna konfigurácia srdca nerozšírená, horný pól ľavého hilu akcentovaný a z neho smerom laterálnym až k hrudnej stene vpravo vybieha tenký pruhovitý horizontálny tieň, odporúčanie: porovnať so staršou RTG. dokumentáciou z r. 2004. Ultrazukové vyšetrenie brucha internistom: hepatopatia, chronická pyelonefritída bilaterálne, cysty vľavo.

Po 7 dňoch pacient navštívil opäť všeobecného lekára pre pretrvávajúce zdravotné problémy, preto ho ošetrojúci lekár po nameraní TK: 120/80 mmHg, P: 68 odoslal na interné vyšetrenie s odporúčaním na ultrazukové vyšetrenie brucha. Interné vyšetrenie však okrem ultrasonografie brucha nebolo realizované. Podľa tvrdenia všeobecného lekára, čo bolo dokumentované aj v zdravotnej dokumentácii, mal pacient absolvovať u internistu okrem ultrazukového vyšetrenia brucha aj interné vyšetrenie. Podľa internistu pacient prišiel len so žiadosťou o ultrazukové vyšetrenie brucha, bez zdravotnej dokumentácie a preto ho nevyšetрил. Vykonal len ultrazukové vyšetrenie brucha. Pacient na 3. deň od tohto vyšetrenia, na základe telefonického volania dcéry dovezený RZP, (bez lekára) do zdravotníckeho zariadenia a prijatý na interné oddelenie s pretrvávajúcimi bolesťami na hrudníku, sťaženým dýchaním, slabosťou a závratmi. Po privezení na interné oddelenie, na lehátku pri prekladaní na lôžko skolaboval, pacient v šokovom stave, s nemerateľným TK, zástavou dýchania, na EKG monitore bola prítomná fibrilácia komôr. Zahájená kardiopulmonálna resuscitácia, ktorá však bola neúspešná a došlo k úmrtiu pacienta.

Pitva:

Preukázala ako príčinu smrti zlyhanie srdca, akútny infarkt myokardu a významné kômatenie tepien, zvlášť srdcových.

Zhrnutie úradu a prijaté sankcie:

Zo záverov vykonaného dohľadu vyplýva porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a podal oznámenie na Generálnu prokuratúru SR.

Poučenie:

Z uvedených skutočností vyplýva, že všeobecný lekár nedostatočne zvážil a vyhodnotil vstupné informácie o pacientovi, osobitne bolesti na hrudníku a nezabezpečil menovanému základné EKG vyšetrenie. Mal intenzívnejšie nástojiť na internom vyšetrení. V odbornej ambulancii internistu nebola

správne poskytnutá zdravotná starostlivosť vzhľadom na to, že neboli odobraté anamnestické údaje, urobené EKG vyšetrenie (len ultrazukové vyšetrenie brucha) a ďalší následný terapeutický postup. Počas prevozu RZP nebola správne poskytnutá zdravotná starostlivosť, lebo nebolo riešené sťažené dýchanie a bolesti na hrudníku (prevoz realizovalo vozidlo bez lekára).

Pozor na netypické príznaky akútneho infarktu

Z anamnézy , objektivných vyšetrení:

Manželka 49-ročného pána privolala o 15:05 hod. rýchlu lekársku pomoc (RLP), lebo manželovi bolo veľmi zle. Už asi 2 hodiny mal kŕčovité bolesti v ľavom podrebrí, nauzeu, hnačku, bol spotený a musela ho prezliecť. V minulosti mal problém s obličkami – piesok. Službukonajúca lekárka po príchode do bytu o 15:11 hod. sa manželky pýtala na príznaky a ťažkosti pacienta. Podľa vyjadrenia manželky upozornila lekárku, že manžel užíva lieky proti vysokému tlaku.

Sanitné vozidlo RLP prišlo na adresu volaného v priebehu 6 minút od zavolania o 15:11.hod. Po príchode do bytu pacienta, lekárka odobrala anamnézu, vyšetřila pacienta, zmerala pacientovi TK: 115/85 mmHg, P:71/min, pri vyšetrení brucha bola popísaná palpačná citlivosť pod ľavým rebrovým oblúkom. Lekárka určila ako možnú diagnózu zápal pankreasu a ordinovala Buskopen i.m. Po podaní lieku bol pacient prevezený na chirurgickú ambulanciu urgentného príjmu o 15:45 hod. ako abdominálna kolika. Na chirurgickej ambulancii počas vyšetřovania chirurgom došlo u pacienta k náhlej zástave srdca. Hneď začatá kardiopulmonálna resuscitácia, privolaný anesteziológ, ktorý zhodnotil stav ako akútny infarkt myokardu, komplikovaný zlyhaním srdca ako pumpy. O 16:10 hod. lekár konštatuje exitus letalis. Pitva potvrdila akútny infarkt myokardu.

Zhrnutie úradu:

Preštudovaním predloženej zdravotnej dokumentácie pacienta a z vyjadrení zainteresovaných zdravotníckych pracovníkov a výkonom dohľadu úrad dospel k nasledovnému záveru:

- počas prevozu do ústavného zdravotníckeho zariadenia mal byť pacient monitorovaný s realizáciou EKG vyšetřenia,
- sanitné vozidlo RLP je vybavené EKG prístrojom, ale u pacienta urobené nebolo, aj keď manželka v rámci anamnézy uviedla, že pacient užíva lieky proti vysokému TK,
- v rámci diferenciálnej diagnózy sa neuvažovalo o možnosti vzniku akútneho infarktu,
- v prípade dif. dg. úvahy o možnej náhlej brušnej príhode nemal byť podaný Buskopen (žiadne analgetiká).

Poskytnutie zdravotnej starostlivosti pacientovi zdravotníkmi pracovníkmi Rýchlej lekárskej pomoci nebolo v súlade s §4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Neboli vykonané všetky potrebné diagnostické postupy, ktoré by boli viedli k správnej diagnóze.

Pitevný nález:

Akútny infarkt myokardu prednej a bočnej steny ľavej srdcovej komory a prednej časti medzikomorového septa.

Sankcia:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a podal oznámenie na Generálnu prokuratúru SR.

Poučenie:

Spoločenský rozmer: Pomerne mladý muž (49r.) zomrel na infarkt myokardu bez toho, aby bola zahájená liečba.

Odborný rozmer: Nesprávne uvažovanie zdravotníckeho pracovníka v rámci diferenciálnej diagnostiky, pri netypických príznakoch akútneho infarktu.

Nedôsledná toaleta devastujúceho poranenia

Z anamnézy a objektivných vyšetření:

Dňa 6.3.2006 54-ročný muž utrpel úraz pri práci na drevoobrábacom stroji. Časť dosky o rozmeroch 30 x 3 cm sa mu zapichla do ľavej ruky. Na chirurgickej ambulancii mu chirurg v lokálnej anestéze extrahoval cudzie teleso a pri revízii rany zistil otvorenú zlomeninu malíčka a záprstnej kosti, ranu ošetril a odporučil hospitalizáciu na chirurgickom oddelení. Na oddelení bol urobený rtg. snímok ľavej ruky, predoperačné vyšetřenie a pacient bol bezodkladne pripravovaný na operačný zákrok, ktorý sa uskutočnil do 5 hodín od prijatia.

Pri operácii bola zistená otvorená zlomenina článku malíčka ľavej ruky s posunom kostičiek, úplné potrhánie kĺbového púzdra ako aj šľachy svalu, ktorý vystiera malíček. Operačne bola rana vyčistená, úlomky kostí spevnené drôtom, zošitá bola aj šľacha vystierača malíčka.

Po operácii mal pacient sledovaný TK, P do stabilizácie, podávané ATB, Yellon cps., Novalgin 1 amp i.v. á 6 hod. Po 48 hodinách bol prepustený domov.

Po prepustení pacient ošetrovaný ambulantne á 3-4 dni. Mal naloženú sádrovú dlahu. V oblasti dorza ľavej ruky v rane po extrakcii cudzieho telesa pretrvávalo mokvanie, kultivácia z rany bola sterilná. Ošetrovanie trvalo do 27.3.2006, odvtedy už bola rana kľudná, bez flegmóny s počínajúcou granuláciou a pomalým hojením per secundam, vstup KI drôtu kľudný. Tento stav umožnil naloženie cirkulárnej sádry. O ďalší mesiac rgt. snímok ukazoval primerané osovú postavenie a sádra aj KI drôt boli odstránené.

Dva mesiace po operácii chirurg konštatuje, že rana po extrakcii je kľudná, bez mokvania, malíček a chrbát ruky opuchnutý, obmedzenie hybnosti malíčka, parestézie na laterálnej strane v oblasti jazvy, odporúčaná rehabilitácia na FRO. Rehabilitácia spočívala v dennej aplikácii vírivky + liečebnej telesnej výchovy a postizometrickej relaxačnej mobilizácii jaziev. Postupne pridaný laser. Po troch týždňoch rehabilitačnej liečby bola jazva fixovaná, tvrdšia, palpačne citlivá, pretrvávala bolestivosť aj stuhnutie v kĺbe malíčka, flekné postavenie a páľivé bolesti. Lekár FRO odporučil kontrolné chirurgické vyšetřenie.

12.6.2006 (3 mesiace po operácii) sa pacient podrobil konziliárnemu chirurgickému vyšetřeniu v inom zdravotníckom zariadení. Subjektívne udával výraznú bolestivosť malíčka ľavej ruky, s ktorým nemôže hýbať ani po vybratí drôtu. Objektívny nález popisoval deformovaný malíček, najmä na báze, s výraznou bolestivosťou na dlani, a hmatným útvarom (môže ísť o residuum fragmentu alebo cudzie teleso, hlboký ohýbač zapína, avšak neúplne). Podľa rgt. z 5.6.2006, ktorý si pacient priniesol, išlo o stav po trieštivej zlomenine bazálneho článku, konsolidovaný, s anguláciou 10-15 stupňov. Pacientovi bola navrhnutá operačná revízia s uvoľnením šľachy ohýbačov pre V. prst ľavej ruky. Operačný zákrok sa uskutočnil v rámci jednodňovej chirurgie, u toho istého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v lokálnej anestéze 1% Mesocainom.

Pri operácii sa v hojných zrastoch našli 4 kusky dreva veľkosti 6x3 mm, množstvo drte cudzích teliesok a kostný úlomok naliehajúci na digitálny nerv. Úlomok bol odstránený. Po uvoľnení šľachy ohýbačov sa hybnosť zlepšila. Bola urobená dôkladná toaleta, atraumatická suture, krytie a elastická bandáž. Odporúčené analgetiká a kontroly.

Po prepustení pri kontrolách á 14 dní sa konštatovalo kľudné hojenie, 6 týždňov po operácii vybraté stehy, odporúčená rehabilitácia. Pri rehabilitácii cca 2 mesiace po druhej operácii udáva pretrvávajúce páľivé bolesti, pohyb pasívne mierne zlepšený, takmer dotlačí do päste. Odporúčené pokračovať v RHB.

Zhrnutie úradu a sankcie:

Úrad zistil porušenie ustanovení zákona č. 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov:

1. § 4 ods. 3 v tom, že počas operácie 6.7.2006 nebola urobená kompletná toaleta rany, neboli odstránené úlomky cudzieho telesa a kostné úlomky, z ktorých jeden utláčal n. digití proprii a spôsoboval pacientovi páľčivé bolesti. Tak ťažké poranenie ruky si môže vyžadovať aj následné operácie kvôli riešeniu kontraktúr, ktoré môžu vzniknúť, ale zanedbanie kompletného odstránenia úlomkov cudzieho telesa pomerne veľkých rozmerov neúmerne predĺžilo proces hojenia, k funkčnému zlepšeniu nedošlo a pacient mal bolesti. Rehabilitácia nemohla mať žiaduci efekt a stav si vyžiadala opakovanú operáciu, počas ktorej boli úlomky odstránené.
2. § 2 ods.15 písm. a), b) a ods.19 v tom, že ošetrovateľská starostlivosť bola síce vedená metódou ošetrovateľského procesu, ale nie je dostatočná, nevytvára o ošetrovateľských aktivitách, okrem dňa prijatia. Nie je zápis o ošetrovaní po operácii. Chýba ošetrovateľská prepúšťacia správa.

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Poučenie:

Poranenie ruky bolo veľmi devastujúce, operačné pole bolo neprehľadné a bola veľká pravdepodobnosť nedostatočného odstránenia úlomkov cudzieho telesa, ako aj kostných úlomkov. Funkčný stav ľavej ruky sa nezlepšoval ale naopak zhoršoval, napriek intenzívnej rehabilitácii, čo malo viesť k skoršiemu prehodnoteniu pooperačného stavu a revízií. Oprávnenosť tejto úvahy potvrdzuje operačný nález na chirurgickom pracovisku iného zdravotníckeho zariadenia, kde odstránením úlomkov došlo k zlepšeniu hybnosti a je šanca na ďalšie zlepšovanie funkcie po dôkladnej rehabilitácii.

Štandardné terapeutické vychádzky verzus priepustky v psychiatrickej praxi

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

Dňa 19.6.2006 bola pacientovi odporučená hospitalizáciu na akútnom psychiatrickom oddelení pre Abúzus kanabisu a psychostimul. drog – incip. abstin. stav a reaktívny depresívny stav, kde bol dňa 20.6.2006 prijatý.

Hospitalizácia z jeho strany bola dobrovoľná, čo vyjadruje aj ním podpísaný informovaný súhlas. Pri prijatí je v objektívnom vyšetrení okrem iného uvedené, že pacient bol všestranne správne orientovaný, odpovedal adekvátne, bol bez latencie, bez manifestných psychotických príznakov. V popredí bol abúzus marihuany a príležitostné užitie amfetamínov, metamfetamínu a efedrínu. Prítomná bola mierna intrapsychická tenzia bez abstinčných prejavov, mierny psychomotorický nepokoj a prchavé suicidálne myšlienky, ktorých úmysly a tendencie pacient negoval. Diagnostický záver pri prijatí bol:

- poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím kanabinoïdov (marihuana)
- epizóda ľahkej depresie – reaktívny stav.

Výsledky odberov pacienta boli až na mierne zvýšený bilirubín v norme. Odber moču na toxikologický rozbor bol negatívny, čo potvrdzovalo tvrdenie pacienta, že asi dva týždne marihuany ani iné drogy neužil.

Pacient sa na oddelení dobre adaptoval, spolupracoval, verbalizoval kritickosť k abúzu a vyjadril snahu liečiť sa. Bol bez psychotických príznakov a suicidálne úvahy negoval. Vnútna tenzia a nepokoj po medikamentóznej liečbe ustúpili.

Počas hospitalizácie bol pacient aktívny, spánok sa mu zlepšil, absolvoval ergoterapeutické aktivity a jeho nálada sa zlepšovala.

Pacient opakovane žiadal o udelenie priepustky. Túto mu ráno dňa 24.6.2006 dali. S pacientom bol dohodnutý termín jeho návratu na 25.6.2006 popoludní. Pacient chcel stráviť tento čas doma s rodičmi a stretnúť sa s priateľmi. Bol poučený o nutnosti abstinencie od alkoholu, marihuany a iných drog a o tom, že sa v prípade zhoršenia jeho stavu počas priepustky môže kedykoľvek vrátiť.

Vyjadrenia:

Podľa pitevného protokolu bezprostrednou príčinou smrti pacienta bolo udusenie z nedostatočného prísunu kyslíka do dýchacích ciest. Toxikologické vyšetrenie bolo negatívne.

Podľa vyjadrenia konzultantov úradu v odbore psychiatria, dĺžka priepustky na viac dní, pri liečbe pacientov s takýmito diagnózami, nie je štandardným postupom. Malo by ísť len o terapeutické vychádzky v priebehu jedného dňa, z ktorých sa pacient bude na noc vracáť do zdravotníckeho zariadenia. Cieľom vychádzky je zistiť mieru schopnosti adaptácie pacienta a posúdiť stupeň zlepšenia jeho stavu.

Záver:

V zdravotnej dokumentácii je zaznamenané, že dňa 25.6.2006 polícia telefonicky informovala zdravotnícke zariadenie o úmrtí pacienta a následne matka uviedla, že pacient sa doma správal primerane, stretol sa s priateľmi. Ráno ho našla v jeho izbe mŕtveho s igelitovým vreckom na hlave. Vyhodnotením informácií z dostupných údajov získaných pri výkone dohľadu a zo stanoviska konzultanta sme zistili, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľ nepostupoval v súlade so štandardnými terapeutickými postupmi.

Pochybenie:

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pacientovi počas hospitalizácie udelil priepustku na 2 dni a nie štandardnú terapeutickú vychádzku v priebehu jedného dňa, z ktorej by sa mal na noc vrátiť do zdravotníckeho zariadenia.

Porušenie zákona:

Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prijať nápravné opatrenia.

Nezohľadnenie patologického nálezu na rtg. snímke hrudníka a jeho chýbajúci popis v prekladacej správe z chirurgického oddelenia

Podanie rodičov týkajúce sa správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti ich nebohej dcére počas hospitalizácie na chirurgickom a internom oddelení zdravotníckeho zariadenia.

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení:

Pacientka bola vyšetrená dňa 28.2.2006 na chirurgickej ambulancii zdravotníckeho zariadenia pre asi mesiac trvajúce intermitentné bolesti v epigastriu (matka pacientky udala, že pacientka mala ťažkosti 3-4 dni pred vyšetrením). Objektívne bola prítomná hlboká palpačná citlivosť v epigastriu, bez hmatnej rezistencie, bez peritoneálneho dráždenia. Laboratórne KO, glykémia, urea, S-AMS v norme. Odp. kontrola na chir. amb. p. p., došetriť cestou OZS.

Dňa 3.3.2006 vyšetrená na chirurgickej ambulancii opäť pre niekoľko dní trvajúce dyspeptické ťažkosti. Laboratórne Le 4,7, USG negat., GFS nález antrungastritída a bulbitída. Záver: O NPB sa nejedná. Odp. diéta a terapia gastroenterológa, chir. kontrola podľa potreby.

Dňa 9.3.2006 pacientka prišla na GIT ambulanciu pre výsledky. Stav nezlepšený, zhoršenie bolestí, nemôže nič jesť. V objektívnom fyzikálnom náleze bez zmeny oproti vyšetreniu 3.3.2006. **USG vyšetrenie** preukázalo v oblasti chvosta pankreasu hypoechogénnu zónu cca 12 mm v priemere a celkovú hypoechogénnosť pankreasu. Pacientke bola so záverom v. s. pancreatitis acuta s hypoechogénnou zónou v oblasti chvosta na základe anamnézy, kliniky, biochemického a USG vyšetrenia odporúčaná hospitalizácia na chirurgickom oddelení.

Na základe odporúčania GIT ambulancie bola pacientka dňa 9.3.2006 vyšetrená na chirurgickej ambulancii s negatívnym palpačným nálezom na bruchu a konštatovaním, že o NPB sa t. č. nejedná. Bol vyslovený aj predpoklad, že ťažkosti pacientky sú psychogénneho charakteru. Pacientke bola odporúčaná diéta, tekutiny, na chir. odd. infúzia G5%+Mesocain 1 amp. + Novalgin 1 amp. a kontrola p. p.

Dňa 10.3.2006 bola pacientka vyšetrená na internej ambulancii ústavnej starostlivosti na základe odporúčania obvodného lekára. Na základe anamnézy, objektívneho fyzikálneho vyšetrenia, laboratórneho vyšetrenia a USG vyšetrenia brucha bola konštatovaná akútna pankreatitída a pacientka bola následne odoslaná na hospitalizáciu na chirurgické oddelenie.

V dňoch 10.3.-21.3.2006 bola pacientka hospitalizovaná na chirurgickom oddelení s diagnózou pancreatitis acuta a kolapsový stav 20.3.2006. Pri prijatí prijímajúci lekár konštatoval hlbokú palpačnú citlivosť v epigastriu a pravom mezogastriu, normálny kardiopulmonálny nález a odporúčal vyšetrenie HTK a rtg. hrudníka. *V zdravotnej dokumentácii nie je zaznamenaný popis rtg snímky hrudníka zo dňa 10.3.2006, kedy podľa ordinácie prijímajúceho lekára mala byť snímka urobená.*

Pri prijatí na interné oddelenie dňa 21.3.2006 u pacientky ešte pretrvávali mierne bolesti v epigastriu, zvýšené sérové hodnoty amyláz a mierne zvýšený CRP. Následne bola zrealizovaná natívna snímka pľúc v AP projekcii, na ktorej bolo prítomné expanzívne ložisko v ľavom strednom pľúcnom poli parakardiálne. **Dňa 3.4.2006 bolo vykonané CT vyšetrenie pľúc a mediastína s nálezom expanzívneho ložiska predného mediastína a CT vyšetrenie brucha s nálezom hypodenzného ložiska v pankrease.** U pacientky bolo nutné ďalšie diferenciálne – diagnostické riešenie na špecializovanom pracovisku. Podľa prepúšťacej správy príbuzní žiadali hospitalizáciu v Národnom onkologickom ústave v Bratislave, termín hospitalizácie si mali dohodnúť sami. Pacientka bola prepustená z I. interného oddelenia do ambulantnej starostlivosti dňa 4.4.2006 so záverom: Expanzívne ložisko predného mediastína v dif. d g. (lymfóm ?, tymóm ?). Akútna pankreatitída. Hypodenzné ložisko na rozhraní tela a hlavy pankreasu.

Dňa 7.4.2006 bol ambulatným pneumológom za účelom ďalšej dif. dg a liečby vystavený **návrh na ústavné liečenie** do ÚTPCH a HCH Vyšné Hágy.

Pacientka bola hospitalizovaná v **ÚTPCH a HCH Vyšné Hágy od 10.-19.4.2006** pre expanzívny tumorózny proces v oblasti predného horného mediastína vľavo a hypodenzné ložisko na rozhraní hlavy a tela pankreasu.

V dňoch 9.-27.5.2006 bola pacientka hospitalizovaná v onkologickom ústave (ďalej len OÚ). Pacientka bola prijatá na žiadosť rodičov. Podľa vyjadrenia OÚ bola pacientka prijatá v mimoriadne pokročilom stave veľmi agresívne sa správajúceho zhubného ochorenia. **Dňa 12.5.2006** bol na OAIM zavedený venózný katéter do v. subclavia a pre pokročilosť a rýchlu progresiu ochorenia a vzhľadom na vek pacientky bola začatá agresívnejšia **chemoterapia** v zložení R-CHOEP (rituximab, cyklofosamid, adriamycín, vinkristín, etopozid a prednizón) spolu s podpornou liečbou. Po skončení chemoterapie v dňoch 13.-15.5.2006 sa pacientkin stav mierne zlepšil, ale v nasledujúcich dňoch sa postupne vyvinuli **komplikácie podanej cytostatickej liečby** – stomatitída, bolesti brucha so spomalenou pasážou, leukopénia, febrilita, neskôr trombocytopenia, zvracanie. Aj napriek intenzívnej terapii sa dňa 19.5.2006 vyvinul paralytický ileózný stav komplikovaný dňa 22.5.2006 krvácaním z tráviacej rúry – konečníka a nazogastrickej sondy. **Dňa 22.5.2006 bola pacientka preložená na OAIM**, kde bolo pokračované v komplexnej podpornej liečbe vrátane UPV a podávania inotropik. Sumácia poškodenia organizmu už dlhšie trvajúcim generalizovaným zhubným ochorením spolu s toxicitou chemoterapie však spôsobili prekročenie funkčných rezerv organizmu pacientky a viedli k **exitu pacientky dňa 27.5.2006.**

Pitevný nález preukázal ako **príčinu smrti** hemoragický šok z perforácií a krvácania z tráviacej trubice a do tráviacej trubice, ako **predchádzajúcu príčinu** poterapeutickú nekrotizujúcu gastritídu a enterokolitídu s krvácaním do žalúdka a čriev a perforáciou s krvácaním do brušnej dutiny a ako prvotnú príčinu difúznou non Hodgkinov lymfóm, histologicky: DLBCL, CD 20 pozitívny.

Vyjadrenia:

Stanovisko konzultanta ÚDZS v odbore rádiológia: V dokumentácii chýba popis rtg. vyšetrenia hrudníka zo dňa 10.3.2006. Pri hodnotení predloženej rtg. snímky hrudníka zo dňa 10.3.2006 je pľúcny parenchým bez ložiskových a infiltratívnych zmien. Bránice sú ostro kreslené, vpravo je bránica nižšie uložená, vľavo v dôsledku zvýšenej črevnej plynatosti lienálnej flexúry je vyšší stav bránice, k.f. uhly sú voľné. Srdce je zvislo uložené. Vpravo je pľúcny hilus ostrých kontúr, nezväčšený. Tieň mediastína vľavo je polokruhovite zväčšený oválnym ložiskom, ktoré nasadá na ľavý pľúcny hilus, jeho rozmer je cca 7x5 cm v rtg obraze. Diferenciálne diagnosticky ide najskôr o uzlinový syndróm – suspektný neoproces typu malígny lymfóm, tymóm, ev. expanzívny proces mediastína inej etiológie (teratómy, dermoidné, bronchogénne cysty, atď.). Pri posudzovaní snímky z 31.3.2006 je zreteľná progresia nálezu – rozšírenie mediastína TU procesom je výraznejšie – ložisko je zväčšené v kraniokaudálnom aj priečnom rozmere, ohraničenie útvaru je spikulovitého charakteru, smerom do periférie sa zobrazuje pruhovitý denzný tieň. Orgány mediastína sú presunutú doľava, ľavá bránica je vyššie postavená a fixovaná jemnými cípovitými adhéziami – nález poukazuje na vývoj atelektázy v hornom pľúcnom poli a čiastočne aj v strednom pľúcnom poli.

Stanovisko konzultanta ÚDZS v odbore klinická onkológia: RTG známky tumoru mediastína boli už aj pri vyšetrení 10.3.2006. Ako je uvedené v popise a porovnaní snímok z 10.3.2006 a 31.3.2006 došlo k progresii nálezu a tento nález koreluje s biologickou povahou následne stanovenej diagnózy- difúzneho non Hodgkinovho lymfomu. Exaktné stanovenie diagnózy malígneho ochorenia je nutné vykonať chirurgickou cestou a vzhľadom na lokalizáciu nádoru mediastinum a pankreas bolo nutné vykonať túto operáciu na špecializovanom pracovisku. U pacientky bol vykonaný pokus o biopsiu, avšak pre negatívny nález – histologický bolo nutné vykonať torakotómiu. Bez presnej histologickej špecifikácie nie je možné aplikovať cytostatickú liečbu. Pri prijatí na OÚ sa jednalo o pokročilé ochorenie štádium IV. B, ktorého manifestácie (mediastinum a pankreatická oblasť) boli prítomné aj v čase prvých vyšetrení. U pacientky bola aplikovaná štandardná cytostatická liečba. Vzhľadom na výkonnostný stav pacientky, rozsah ochorenia, jeho lokalizáciu a individuálnu citlivosť je prítomné riziko postliečebných komplikácií končiacich smrťou asi 5% pri danej diagnóze.

Vyjadrenie sa k novej prognóze pri urýchlí diagnostického procesu cca 21 dní je veľmi zložitá, vzhľadom na bezprostrednú príčinu smrti, ako je uvedené v pitevnom protokole. Vo všeobecnosti je však možné konštatovať, že je optimálne zahájiť onkologickú liečbu čo najrýchlejšie po stanovení diagnózy a určení štádia ochorenia.

Záver:

Vyhodnotením informácií z dostupných údajov získaných pri výkone dohľadu a zo stanoviska konzultantov úrad zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľ nepostupoval v súlade so štandardnými terapeutickými postupmi, nakoľko nebol zohľadnený patologický nález na rtg. snímke hrudníka.

Pochybenie zo strany chirurgického oddelenia spočíva v *nezohľadnení patologického nálezu na rtg. snímke hrudníka* zo dňa 10.3.2006 pri prijatí pacientky na chirurgické oddelenie a v *nezaznamenaní popisu rtg. snímky* v zdravotnej dokumentácii pacientky a v prekladacej správe pre interné oddelenie a zo strany interného oddelenia v *nevykonaní rtg. vyšetrenia hrudníka* v rámci interného vyšetrenia pacientky dňa 10.3.2006 a v *nevyžiadaní a v následnom nevyhodnotení rtg. snímky* hrudníka po preklade pacientky z chirurgického oddelenia na interné oddelenie dňa 21.3.2006 vzhľadom na chýbajúci popis rtg. snímky hrudníka v prekladacej správe z chirurgického oddelenia, aj keď podľa záznamu v zdravotnej dokumentácii zo dňa 23.3.2006 mala byť rtg. snímka hrudníka z chirurgického oddelenia vyžiadaná, čím došlo k neskorému stanoveniu správnej diagnózy a neskorému začatiu včasnej liečby ochorenia pacientky.

Porušenie zákona:

Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Pozor na zlomeniny u psychiatrických pacientov

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

Pacient bol hospitalizovaný na psychiatrickej klinike, v období od 16.2.2006 do 2.3.2006 s diagnózami vaskulárna demencia, ICHS a arteriálna hypertenzia.

Podľa zápisu v ošetrovateľskej dokumentácii pacient dňa 25.2.2006 vo večerných hodinách „spadol, neublížil si, je slabý, padá, nevládze chodiť“. Dňa 26.2.2006 sa pacient „na vizite sťažoval na bolesti v DK. Pacient bol sledovaný celý deň, hlásené službukonajúcemu lekárovi.“ Podľa vyjadrenia ošetrojúceho lekára „zdravotná sestra dňa 26.2.2006 v ÚPS nahlásila službukonajúcemu lekárovi, že pacient sa sťažoval na bolesť ľavej DK, lekár sa najprv rozhodol poslať pacienta na rtg. vyšetrenie, ale po otázke, či pacienta ešte ľavá DK bolí a pacientovej odpovedi, že nie, od rozhodnutia pacienta vyšetrit' upustil bez bližšieho vysvetlenia.“

Podľa zápisu v knihe hlásení zo dňa 25.2.2006 je „pacient slabý, padá, večer spadol, neublížil si, hlásené lekárovi“. Dňa 27.2.2006 „... ošetrovateľ pri prebalení zistil, že pacient má modrinu – hematóm, pacient nechodí, stoná, hlásené službukonajúcemu lekárovi ráno.“ Podľa vyjadrenia lekára, „dňa 27.6.2006 v ÚPS tá istá zdravotná sestra upozornila ďalšiu službukonajúcu lekárku, že pacient má ľavú DK opuchnutú a modrú, že je treba niečo podniknúť. Lekárka údajne prislúbila o stave pacienta referovať na rannom hlásení, čo neurobila a neupozornila na pacientov zlý somatický stav“.

Dňa 2.3.2006 bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti a dňa 3.3.2006 syn pacienta po zistení, že otec má LDK opuchnutú a modrú, zabezpečil ďalšie vyšetrenia otca.

Dňa 3.3.2006 bol pacient prijatý na kliniku ortopedie a traumatológie pohybového ústrojenstva s diagnózou fractura pertrochanterica femoris l. sin. a následne dňa 4.3.2006 operovaný.

Záver:

Vyhodnotením informácií z dostupných údajov získaných pri výkone dohľadu bolo zistené, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľ nerozpoznal pertrochanterickú zlomeninu stehnej kosti vľavo a následne nezabezpečil liečbu pacienta

Porušenie zákona:

Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Aj napriek hláseniu úrazu nezabezpečil potrebné vyšetrenie (RTG. dolnej končatiny) čím nerozpoznal pertrochanterickú zlomeninu stehnej kosti.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Venujte pozornosť subjektívnym ťažkostiam pacientov

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

29-ročná pacientka po prekonanom úraze bola prijatá na neurochirurgický výkon za účelom operačného zákroku hernie disku L4-L5 (endoskopická hemilaminektómia). Pacientka niekoľko dní po operácii upozorňovala lekárov na bolesti brucha a tvoriaci sa hematómom v pravej trieslovej oblasti, ktorý sa postupne zväčšoval. Ošetrojúci lekári po fyzikálnom vyšetrení bez vykonania ďalších diagnostických vyšetrení skonštatovali opakovane, že sa jedná o bežnú nezávažnú komplikáciu. Pacientka bola prepustená na 5. deň do domáceho ošetrovania. Pre pretrvávajúce ťažkosti pacientka požiadala ešte v ten istý deň po prepustení, svoju známu lekárku o prijatie na vyšetrenie do ďalšieho zdravotníckeho zariadenia. Po dvoch hodinách od prepustenia z predchádzajúceho pracoviska bolo vykonané sonografické vyšetrenie a vyšetrenie magnetickou rezonanciou na tomto pracovisku a na základe výsledkov, bola v ten istý deň v špecializovanom pracovisku vykonaná operácia pseudoaneurizmy pravej iliackej artérie. Ďalší pooperačný priebeh bol bez komplikácií.

Z výsledkov dohľadu úradu vyplynulo:

Samotný operačný výkon, pre ktorý bola pacientka na odborné pracovisko prijatá prebehol bez komplikácií. Pochybenia zo strany ošetrojúcich lekárov nastali pri posudzovaní subjektívnych ťažkostiach udávaných pacientkou počas hospitalizácie po vykonaní operačného zákroku. Ťažkosti sa dostavili už na druhý deň po operácii, pričom ich intenzita sa podľa vyjadrenia pacientky stupňovala. Prvý záznam o bolestiach v inguine a podbrušku zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii je až v deň prepustenia pacientky. V prepúšťacej správe nie je záznam o subjektívnych ťažkostiach pacientky počas hospitalizácie, ani o fyzikálnom náleze zapísanom v dekurze. V správe sa uvádza, že pacientka je prepustená domov v dobrom stave, chýba údaj o hospitalizačnej komplikácii, nebol doporučený žiadny ďalší postup v prípade pretrvávania ťažkostí.

Vychádzajúc z údajov následnej hospitalizácie pacientka domov odchádzala v klinicky nestabilnom stave. Vzhľadom na progresiu subjektívnych ťažkostí, ale aj objektívneho nálezu v inguine, ošetrojúci lekár nevykonal ďalšiu diagnostiku nálezu (USG, konziliárne chirurgické vyšetrenie, MR). Popis fyzikálneho i objektívneho nálezu (postupne progredujúci edém PDK s nemožnosťou chôdze a parestéziami) v deň, keď bola pacientka prepustená a súčasne prijatá do ďalšieho zdravotníckeho zariadenia svedčí o tom, že nález bol akútny a preto bolo nevyhnutné vykonať neodkladný operačný výkon – resekciu pseudoaneurizmy iliackej artérie vpravo.

Záver:

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke neboli zo strany ošetrojúcich lekárov vykonané včas všetky diagnostické výkony na stanovenie správnej diagnózy, čím došlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov.

Vo vedení zdravotnej dokumentácii boli zistené nedostatky, čím došlo k porušeniu § 19, §21, zákona č. 576/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Aj staršie vyšetrovacie možnosti sú namieste

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

Pacientka navštívila prvýkrát gastroenterologickú ambulanciu dňa 12.08.2003 pre bolesti v hornej časti brucha. Po klinickom a ultrazvukovom vyšetrení lekár urobil záver. Ide o dyspeptický syndróm a na diferenciálnu diagnostiku vykonal odber na *Helicobacter pylori* (HP). Odporučený bol šetriaci diétny režim a Famotidin večer 40 mg.

Ďalšie kontroly u gastroenterológa:

rok 2003:

- (a) 25.09.2003 - subjektívne bolesti brucha opakovane po ťažších jedlách. Vykonané klinické vyšetrenie. Anti HP IgG ELISA: 186 U/ml zo dňa 10.09.2003, IgA 69 U/l. Záver: Infekcia *H.pylori*, Dyspeptický syndróm. Liečba: Lomac, Amoxicilin, Entizol.
- (b) 17.10.2003 - bolesti brucha pretrvávajú. Vykonané opakované klinické vyšetrenie. Záver: Dyspeptický syndróm. Liečba: 10 dní užívať Famosan 40 mg večer, ak sa stav neupraví, vhodná je potom gastroskopia.
- (c) 30.10.2003 - vykonané gastroskopicke vyšetrenie (antrum s edémom sliznice pod angulárnou riasou, na vrchole ktorej je prítomná plochá okrúhla erózia s belavým povlakom cca 5 mm v priemere. Urobená 2x biopsia zo sliznice antra za účelom stanovenia prítomnosti HP. Záver: Erozívna antrumgastropatia. Liečba: Venter tbl..
- (d) 05.11.2003 - subjektívne sa má lepšie. Vykonané klinické vyšetrenie. Ureázový test negatívny pre HP. Mikroskopia *H. pylori* tiež negatívna. Záver: Dyspeptický syndróm s endoskopickým obrazom erozívnej antrumgastropatie. Odporučené bolo pokračovať v dietetickom režime, Venter užívať ďalej.
- (e) 05.12.2003 - subjektívne netoleruje Venter, má po ňom bolesti v hornom bruchu. Záver: bolesti horného brucha. Vykonané klinické vyšetrenie. Odporučené pokračovať v dietetickom režime a postupoch na zlepšenie zdravotného stavu. Liečba: Lomac per os.

rok 2004:

- (a) 07.01.2004 - subjektívne pri užívaní Lomacu sa má dobre, po vynechaní má bolesti brucha. Vykonané klinické vyšetrenie. Záver: dyspeptický syndróm. Liečba: Lomac per os. Odporučenie ako minule.
- (b) 09.02.2004 - subjektívne bolesti brucha v okolí pupka a napravo od neho. Vykonané klinické vyšetrenie. Vykonané ultrazvukové vyšetrenie brucha. Záver: Hepatopathia v.s. steatóza, stav po preliečení infekcie *H.pylori*. Liečba: Coaxil. Odporučená pri pretrvávajú ťažkosti gastroskopicke kontrola.
- (c) 19.02.2004 - telefonická konzultácia.
- (d) 01.03.2004 - pretrvávajú bolesti horného brucha a v okolí pupka. Vykonané klinické vyšetrenie. Vykonané gastroskopicke vyšetrenie (na Z linii vľavo stopkatý polyp veľkosti cca do 5 mm, 4x biopsia za účelom histologizácie). Záver: Polyp cardiae. Liečba: Lomac per os.
- (e) 30.03.2004 - výsledok histológie stopkatého polypu: 1. polyp je zápalovo celulizovaný polymorfonukleárnymi leukocytmi (PMN) s nápadnou prímiesou erytrocytov, ojedinele i lymfocyty, mierne až stredne ťažké foveolárne dysplastické zmeny priľahlej časti sliznice kardia, 2. polypózne formovaná lamela vrstevnatého planocelulárneho epitelu pri báze vzorky sliznice kardia so zápalovou celulizáciou PMN a erytrocytmi, 3. tkanivová vzorka sliznice kardia so zápalovou celulizáciou PMN a erytrocytmi, 4. nekrotický bunečný detritus-fibrín, odlúpané planocelulárne epitélie, kolónie kokovitých baktérií a plesní. Farbenie na HP negatívne vo všetkých vzorkách. Pacientka poukázaná na konziliárne vyšetrenie na II. Internú

klinika MFN v Martine (kde bola opakovane vyšetrená – endo-sonograficky, endoskopia+histológia, záver: st.p. znesení polypčeka kardia žalúdka - dľa histológie hyperplastický polypček, erytematózna antrumgastropatia s kompletnou intestinálnou metapláziou antrálnej sliznice, dyspeptický syndróm pri zrastoch po apendektómii, odporučená gastrofibroskopia 1x ročne).

- (f) 08.04.2004 - vypísaná žiadanka na CT horného brucha (vyšetrenie bolo negatívne). Liečba: Pangrol.
- (g) 14.04.2004 - žiadosť o zapožičanie CT dokumentácie.
- (h) 12.07.2004 - bolesti horného brucha. Vykonané klinické vyšetrenie. Záver: Dyspeptický syndróm. Liečba Famosan. Pri nezlepšení stavu pridať Lomac.
- (i) 09.08.2004 - bolesti horného brucha hlavne ráno a nalačno. Vykonané klinické a gastroskopicke vyšetrenie. Záver: primeraný nález na hornom gastrointestinálnom trakte. Odporučená diéta a režim.
- (j) 07.12.2004 - včera mala kolikovitú bolesť v pravom boku. Vykonané klinické a USG vyšetrenie brucha. Záver: Stav po brušnej kolike najskôr pri zrastoch. Stav po apendektómii. Stav po hernioplastike umbilika. Liečba: NoSpa, SpasmoPan, Algifen-Neo.

rok 2005:

- (a) 15.04.2005 - subjektívne bolesti brucha a pocity na zvracanie. Vykonané klinické a gastroskopicke vyšetrenie, z antra vykonaný 2x odber na HP. Záver: dyspeptický syndróm s primeraným endoskopickým nálezom v hornom gastro-intestinálnom trakte. Liečba: Lomac.
- (b) 22.04.2005 - telefonická informácia.
- (c) 17.05.2005 - subjektívne od minulého týždňa bolesti v podrebrí vpravo a nauzea, úbytok hmotnosti 2 kg. Vykonané klinické a ultrazvukové vyšetrenie. Záver: Bolesťový syndróm podrebria vpravo, potreba diferenciálnej diagnostiky: Cholelitiáza?, Cholecystitiáza typu sludge?, Cholecystitis?. Vykonaný odber krvi na hepatálne testy. Liečba: 5 dní Ciphin, NoSpa, diéta.
- (d) 18.05.2005 - Bilirubin 10,55 $\mu\text{mol/l}$, AST 0,57 $\mu\text{kat/l}$, ALT 0,81 $\mu\text{kat/l}$, GMT 0,29 $\mu\text{kat/l}$. Zhodnotenie - výsledky svedčia pre miernu zápalovú aktivitu pečene.
- (e) 23.05.2005 - Liečba: Tramal, Lomac.
- (f) 30.05.2005 - endoskopia s odberom biopsie: nekroticko zápalovo prestúpené hmoty a granulačné tkanivo zo spodiny ulcerózneho lézie a drobná samostatne ležiaca skupina buniek nízko diferencovaného adenokarcinómu, grade 3 (C16-9).
- (g) 01.06.2005 - žiadosť o zapožičanie CT dokumentácie pre potreby operátora.

Zhrnutie úradu:

Správnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti posúdil konzultant z odboru gastroenterológia. Podľa jeho názoru išlo o infiltratívny karcinóm žalúdka, ktorý sa nemusí prejaviť slizničnými patologickými zmenami, teda endoskopické vyšetrenie môže byť negatívne. Tento nádor možno zachytiť skôr na RTG žalúdka ako defekt peristaltiky žalúdka, používa sa technika dvojitého kontrastu, ktorou je možné zachytiť jemné zmeny sliznicového reliéfu, preukazujúce rigiditu a peristaltiku. Toto vyšetrenie mohlo byť urobené ambulantne ešte v predhospitalizačnej fáze. Žiaľ, gastroenterológ považoval RTG žalúdka zrejme za „archaické vyšetrenie“, od ktorého nič neočakával a podcenil jeho stále trvajúci diagnostický význam.

Zistené porušenie zákona:

Výkonom dohľadu bolo zistené, že u pacientky neboli vyčerpané všetky dostupné diagnostické možnosti (RTG žalúdka). Uvedeným nedostatkom boli porušené ustanovenia §4 ods.3 zákona č.576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcia:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a nápravné opatrenie (absolvovanie odbornej školiacej akcie na akreditovanom pracovisku).

Nesprávna interpretácia CT vyšetrenia**Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:**

Dňa **24.03.2006** bol pacient vyšetrený u ambulatného neurológa pre opakované stavy náhlejš slabosti ľavých končatín krátko trvania 1-2 minúty. Pacient mal vykonané duplexné USG vyšetrenie extrakraniálneho úseku mozgových ciev (vpravo v poč. úseku ACI prítomné AS zmeny redukujúce lúmen do 25%, vľavo sú výraznejšie, redukujú lúmen 25-50%). Objektívny neurologický nález bez paretických príznakov, citlivosť zachovaná.

Záver: tranzitórne hemiparézy vľavo vaskulárnej etiológie.

Terapia: Aggrenox 2x1 tabl., neurologická kontrola o týždeň.

Dňa **06.04.2006** kontrolné vyšetrenie: Subjektívne: stav sa opakoval 1x. Objektívne neurologický nález sa nemení. Záver: idem. Dop.: indikované CT mozgu, neurologická kontrola.

Dňa **04.05.2006** mal pacient vykonané **CT vyšetrenie mozgu** na Rádiologickom oddelení miestnej NsP.

Záver CT vyšetrenia: CT známky periventrikulárnej leukoencefalopatie, pričom nález vľavo paraventriculárne nevylučuje aj možné počínajúce ischemické zmeny. Vonkajšia atrofia mozgu a mozočka. Ateroskleróza karotických sínov. Podľa kliniky zvážiť MR vyšetrenie.

Dňa **09.05.2006** kontrolné neurologické vyšetrenie: konštatovaný výsledok CT vyšetrenia mozgu. Subjektívne: stavy slabosti ľavej hornej končatiny sa opakujú, trvajú do jednej minúty. Objektívne: neurologický nález sa nemení. Záver: idem. Dop.: Aggrenox 2x1 tabl., neurologická kontrola.

Dňa **16.06.2006** kontrolné vyšetrenie: Subjektívne: posledné dni pocit nestability pri chôdzi. Objektívne: neurologický nález sa nemení. Záver: idem. Dop.: MgSO₄ 10% i.v., Aggrenox 2x1 tabl., Tebokan 3x40 mg, neurologická kontrola.

V dňoch 19.06., 20.06., 21.06., 22.06.2006 mal pacient podávané injekcie MgSO₄.

Dňa **23.06.2006** kontrolné vyšetrenie: Subjektívne: stav sa podstatne nemení. Objektívne: neurologický nález sa nemení. Záver: idem. Dop.: podaná inf. liečba, liečba ako uvedená, neurologická kontrola.

Dňa **28.07.2006** mal pacient vykonané MR vyšetrenie mozgu, ktoré preukázalo expanzívny proces v pravom parietálnom laloku mozgu.

Dňa **08.08.2006** bol pacient operovaný a bola odobratá vzorka na histologické vyšetrenie, s výsledkom **glioblastoma multiforme**.

Zhrnutie úradu:

Správnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo strany ambulatného neurológa posúdil konzultant z odboru neurológia, ktorý nenašiel nedostatky.

Správnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo strany Rádiologického oddelenia miestnej NsP posúdil konzultant Úradu z odboru rádiológia, podľa ktorého bolo CT vyšetrenie nesprávne interpretované. Na CT snímkach sú vpravo prítomné znaky, ktoré svedčia pre intrahemisferálnu expanziu a vhodné bolo doplniť vyšetrenie pomocou kontrastnej látky, ktorá by pravdepodobne viedla k zobrazeniu tumoru a zmerať denzitu oboch hemisfér mozgu v uvedenej lokalizácii.

Aj keď bolo podanie smerované na ambulantného neurológa, výkonom dohľadu boli zistené nedostatky u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti – regionálnej všeobecnej nemocnice:

– **Chybný diagnostický záver** (nesprávna interpretácia CT vyšetrenia, neboli rozpoznané prítomné nepriame známky intrahemisferálnej expanzie).

– **Neprimerane dlhá čakacia doba na CT vyšetrenie** (žiadanka napísaná dňa 06.04.2006, CT vyšetrenie vykonané dňa 04.05.2006).

Zistené porušenie zákona:

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia ustanovenia §4 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcia:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Komplikácie plodu počas pôrodu

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

28-ročná rodička s rizikovou graviditou pre AB imminens na začiatku gravidity bola prijatá na gynekologicko-pôrodnické oddelenie, krátko pred vypočítaným predpokladaným termínom pôrodu, z dôvodu krvácania a bolesti v podbrušku. Pri vyšetrení bolo hrdlo spotrebované, bránka na 1,5 cm. Pacientka bola celý deň sledovaná, a opakovane urobené tokografické vyšetrenie plodu, s normálnym nálezom. V skorých ranných hodinách ďalšieho dňa o 3,30 hod. začala mať rodička pravidelné kontrakcie a bola pripravená na pôrod.

Pre slabú pôrodnú činnosť o 12.00 hod podaný Prostin, ozvy plodu pravidelné, kardiokografické vyšetrenie v norme. O 13.40 hod dochádza k odtoku malého množstva nazelenalej plodovej vody. O 16.40 napojená infúzia fyziologického roztoku, glukózy a podaný Dolsin, Plegomazin, Protazin. O 17.00 hod CTG hodnotené ako patologické pre sporadický výskyt decelerácií typu DIP I. O 18.47 CTG hodnotený ako nereaktívny patologický záznam. O 18.50 CTG bazálna frekvencia 130-150, oscilácie 8-10, akcelerácie +, sporadické decelerácie, kontrakcie nepravidelné, slabé. O 19.50 ozvy plodu 114, zosilnená pôrodná činnosť infúziou glukózy, oxytocínu. 19.52 hod. CTG bazálna frekvencia 130, oscilácie 10-5, akcelerácie +, decelerácie sporadické, toko: pohyby +, kontrakcie nepravidelné, slabé, hodnotený ako nereaktívny NST, suspektný CTG záznam. O 23.15 hod inverzná rotácia hlavičky, OP 140. Službukonajúci lekár privolať pre nepokračujúci pôrod pohotovostného lekára. Vzhľadom na otvorené pôrodné cesty sa pohotovostný lekár pokúsil o ukončenie pôrodu vaginálnou cestou. Pre úzku pošvu a obavy z poranenia pri použití forcepsu sa rozhodol použiť vákuumextrakciu. Vákuumextrakcia sa po opakovanom naložení vákuumextraktora nepodarila a pôrod musel byť ukončený cisárskym rezom o 23.53 hod. pôrodom dieťaťa so znakmi postmaturity, s ťažkou asfyxiou.

Záver:

Išlo o primárne slabú pôrodnú činnosť, ktorú sa službukonajúci lekár pokúsil zosilniť podaním prostaglandínov a neskôr oxytocínom. Napriek týmto opatreniam sa pôrodnú činnosť nepodarilo zosilniť, príčinou čoho mohla byť obrátená rotácia hlavičky. Kardiokografický záznam bol už o 17.00 hod. pôrodnikom hodnotený ako patologický s deceleráciami, ktoré sa opakovali aj o 18.47 hod., 18.50, 19.52 hod., čo bolo prejavom asfyxie plodu. Pôrodník s dvomi atestáciami mal tieto suspektné, a patologické nálezy zhodnotiť ako prejavy asfyxie plodu a včas ukončiť pôrod pre hroziace poškodenie plodu. Neskoro privolať pohotovostného lekára, ktorý po neúspechu vákuumextrakcie ukončil pôrod cisárskym rezom.

Kvalita kardiokografických záznamov bola veľmi zlá, na mnohých miestach chýba záznam tokografie, čo svedčí o tom, že pracovisko používa nefunkčný prístroj pre tak dôležité vyšetrenie.

Zhrnutie úradu:

Pochybenie v konaní poskytovania zdravotnej starostlivosti

Suspektné a patologické hodnoty kardiokografických vyšetrení sa začali objavovať už o 17.00 hod. až do 19.52 hod.. Službukonajúci pôrodník sa až o 23,15 rozhodol privolať pohotovostného lekára, ktorý po neúspechu vákuumextrakcie ukončil pôrod cisárskym rezom. Došlo k pôrodu dieťaťa v kritickom stave s ťažkou bradykardiou, apnoe, bledou cyanózou, atoniou, s Apgarovej skóre 1. Započatá resuscitácia. Odsatá hustá, zelená, kašovitá plodová voda z dýchacích ciest a žalúdka. Až po 5 minútach sa objavila pravidelná akcia srdca a spontánna dýchová aktivita. V 10 minúte bolo dieťa ružové, s pravidelnou akciou srdca a dyspnoe. V ďalšom priebehu nastala úprava dýchania, dieťa bolo kardiopulmonálne stabilizované, ale v klinickom obraze dominovala neurologická symptomatológia. Pre rozvoj postasfyktického syndrómu uskutočnený prevoz dieťaťa na JIS - oddelenie patologických novorodencov.

T. č. dieťa je sledované neurológom, nechodí, nesedí s detskou mozgovou obrnou s retardáciou psychomotorického vývoja s výrazným hypertonom.

Poskytovateľom zdravotnej starostlivosti neboli zabezpečené dostatočné prostriedky a postupy, ktorými bolo možné zistiť mieru závažnosti ohrozenia plodu, neboli správne vyhodnotenú vyšetrenia, ktoré zaznamenali možnosť poškodenia plodu a nerealizoval sa včasný zásah pôrodnika na elimináciu poškodenia plodu.

Zistené porušenia zákona:

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia § 4, ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).

Odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

Tehotná občianka SR s trvalým pobytom na Slovensku, momentálne pracujúca v rámci voľného pohybu občanov EÚ v Írsku, potrebovala gynekologické vyšetrenie v súvislosti s určitými zdravotnými problémami počas jej tehotenstva. Napriek tomu, že sa preukázala platnou "European Health Insurance Card" vydanou v Írsku tamojšou zdravotnou poisťovňou, bolo jej požadované gynekologické vyšetrenie odmietnuté štyrmi gynekológmi.

Nakoniec sa podarilo potrebné vyšetrenie zabezpečiť na urgentnom príjme s následnou hospitalizáciou na oddelení patologickej gravidity, v dôsledku abortus imminens.

Záver:

Vzhľadom na členstvo SR v EÚ, bola zavedená do praxe aj príslušná legislatíva EÚ o poskytovaní zdravotnej starostlivosti všetkým občanom EÚ bez ohľadu na ich príslušnosť, bydlisko a pracovisko, pokiaľ sa preukáže platnou „European Health Insurance Card“.

Toto je zvlášť zdôraznené v rozhodnutí č. 195 z 23.3.2004 o jednotnej aplikácii článku 22/1/a/i Nariadenia EHS č. 1408/71, týkajúceho sa zdravotnej starostlivosti spojenej s tehotenstvom a narodením dieťaťa.

V článku 1 sa ustanovuje, že zdravotná starostlivosť spojená s tehotenstvom a narodením dieťaťa v členskom štáte inom ako je príslušný štát, musí byť považovaná za okamžitú zdravotnú starostlivosť. Takáto zdravotná starostlivosť nebola našej občianke poistenej v Írsku poskytnutá.

Zhrnutie úradu:

Neposkytnutie zdravotnej starostlivosti

Napriek tomu, že sa pacientka preukázala platnou kartou „European Health Insurance Card“ vydanou v Írsku, nebola jej zdravotná starostlivosť spojená s tehotenstvom a narodením dieťaťa poskytnutá.

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia § 4, ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad prerokuje v osobitnej komisii úradu návrh na uloženie sankcie u všetkých štyroch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Aj mladá žena môže mať infarkt alebo rešpektujte odporúčania v službe

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

42-ročná pacientka, liečená asi 10 rokov pre epilepsiu bola vyše roka bez epileptického záchvatu. Dňa 3.11.2005 v reštaurácii počas čakania na obed dostala však epileptický záchvat typu „grand mal“.

Pacientka bola privezená sanitkou RZP bez lekára o 15:17 hod. na Centrálné prijímacie oddelenie (CPO) FNŠP Bratislava. Na CPO bola vyšetrená sekundárnym lekárom. Objektívne bola pri vedomí, orientovaná, kontakt s ňou bol primeraný, fotoreakcia prítomná, izokória, kardiopulmonálne kompenzovaná, TK: 180/120 mmHg, brucho a končatiny bez patologického nálezu, somatický nález bez známkov vonkajšej traumy. Sekundárnym lekárom CPO bol stav hodnotený ako „Stav po epileptickom paroxyzme“. Doporučené bolo preto neurologické konziliárne vyšetrenie.

O 16:45 hod. bola vyšetrená konziliárnym neurológom. Počas vyšetrenia subjektívne udávala, že od epileptického záchvatu ju dráždi na kašeľ, horšie sa jej dýcha, je celkovo malátna. Pri objektívnom vyšetrení neurológ konštatuje obezitu, počas vyšetrenia pacientka opakovane dráždivo kašľala, ďalej preukázal diskretnú anizokóriu, inak nález bol bez meningeálnych a ložiskových príznakov. Záver neurológa: po epileptickom paroxyzme typu „grand mal“. Odporučil protizáchvatovú životosprávu, antiepileptickú terapiu, kontroly u rajónneho neurológa a v antiepileptickej poradni, interné vyšetrenie vzhľadom k stálemu kašľu a možnosti aspirácie sekrétov do dýchacích ciest.

Po neurologickom vyšetrení pacientka znovu vyšetrená sekundárnym lekárom CPO. V priebehu vyšetrenia pokašliavala, infekť dýchacích ciest neudávala, dýchalo sa jej dobre, udávala, že po epileptických záchvatoch niekedy pokašliava. Objektívne bolo dýchanie čisté a vezikulárne. Bola odoslaná domov o 17:30 hod..

Dňa 3.11.2005 okolo 22:00 hod. došlo u pacientky k náhlemu zhoršeniu zdravotného stavu (sťažené dýchanie). Bola privezená o 23:48 hod. RZP bez lekára znovu na Centrálné prijímacie oddelenie FNŠP Bratislava, pričom pri transporte z vozidla na ambulanciu CPO pacientka stratila vedomie a prestala dýchať. Pri prijatí na CPO: pacientka v bezvedomí, TK nemerateľný, bez hmatného pulzu na veľkých cievach, zrenice mydriatické, z dutiny ústnej vytekal spenený obsah. Zahájená resuscitácia, privolaný anesteziológ. Po príchode anesteziológa bolo pokračované v kardiopulmonálnej resuscitácii, v externej masáži srdca, podávaný adrenalin intravenózne, auskultačne na hrudníku prítomné bilaterálne chropy, na EKG v úvode asystólia, krátkodobo aj fibrilácia komôr, defibrilovaná výbojom 200 J, bez efektu, opäť asystólia, preto sa pokračovalo v externej masáži srdca. Pacientka však nereagovala na resuscitačnú liečbu a o 23:22 bol konštatovaný exitus letalis.

Epikritické zhrnutie:

Pacientka po epileptickom záchvate typu „grand mal“ privezená na CPO sanitkou RZP bez lekára. Bola vyšetrená sekundárnym lekárom CPO, ktorý odporučil neurologické a interné vyšetrenie, vzhľadom ku kašľu a možnosti aspirácie sekrétov do dýchacích ciest. Sekundárna lekárka CPO nezrealizovala interné vyšetrenie, pacientku auskultačne vyšetřila a odoslala domov. Pacientka doma znova dušná, privolaná RZP bez lekára a počas prevozu, už tesne pred ambulanciou CPO, pacientka stratila vedomie a prestala dýchať. Na CPO zahájená kardiopulmonálna resuscitácia, ktorá bola neúspešná a konštatovaný exitus letalis.

Pitva:

Pitva preukázala akútny infarkt srdcového svalu zadnej steny ľavej komory srdca, ktorý bol bezprostrednou príčinou smrti (zrejme v rámci sprievodnej malignej arytmie).

Zhrnutie úradu a uložené sankcie:

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Na Centrálnom prijímacom oddelení nebolo vykonané vyšetrenie odborným lekárom (internistom) odporúčané iným odborníkom –neurológom. Sekundára lekárka CPO nemala dostatočnú odbornú kvalifikáciu a nemohla zodpovedajúcim spôsobom nahradiť odborné interné vyšetrenie.

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č.576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov.

Sankcia:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu) a podal oznámenie na Generálnu prokuratúru SR.

56-ročný muž s infarktomyokardu mal šťastie

Z anamnézy, epikritické zhrnutie:

Z dôvodu nevoľnosti v zamestnaní privolali k 56-ročnému mužovi záchrannú službu. Výjazdová skupina zdravotníkov (včítane lekára) mu poskytla pomoc. Napriek tomu, že sa pacient riadil radami lekára, stále pociťoval tlak za hrudnou kosťou, hoci jeho nevoľnosť pripísal lekár stresu. Po odchode záchrannej služby ho kolegovia v práci ihneď prinútili navštíviť lekára prvého kontaktu, ktorý ho poukázal na vyšetrenie ekg do ústavnej zdravotnej starostlivosti. Po zistení hroziaceho infarktu ho ďalšia záchranná služba okamžite previezla na zákrok do zdravotníckeho zariadenia. Celá udalosť prebehla v priebehu 2 hodín.

Podatelia podnetu si kladú otázku, čo by nasledovalo, keby sa pacient držal len pokynmi lekára výjazdovej služby a neposlúchol kolegyne z pracoviska, ktoré ho poslali prostredníctvom praktického lekára na ekg? Nie je im jasné, či záchranná služba má so sebou mobilný ekg prístroj. Okrem toho lekár na otázku postihnutého kolegu, či to nie je srdce, odpovedal: "Boli by ste radšej, keby to bolo srdce?" "Skutočnosť bola taká, že to bolo naozaj choré srdce."

Zhrnutie úradu:

Spolupracovníci 56-ročného kolegu zavolali rýchlu lekársku pomoc (RLP) z dôvodu bolesti na hrudníku, ktoré u pacienta boli zaznamenané už aj v minulosti, s dobou trvania tentokrát 15 minút. Službukonajúci lekár záchrannej zdravotnej služby podal pacientovi MgSO₄ i.v. a Diazepam per os. Vzhľadom na nesprávne odobranú anamnézu nebol pacientovi urobený ekg záznam, i keď bol súčasťou výbavy sanitného vozidla.

Pre pretrvávajúce ťažkosti pacienta bol, tento kolegyňami z práce po návšteve u všeobecného lekára odvezený na Oddelenie urgentnej medicíny s anamnézou tlakových bolestí za hrudnou kosťou s propagáciou do oboch horných končatín. Bol vyšetrený klinicky, realizované EKG vyšetrenie. Po zhodnotení nálezov bola stanovená pracovná diagnóza akútneho infarktu myokardu a hypertenzná choroba, privolané bolo kardiologické konzílium, podaná dávka 400 mg Anopyrínu per os, Nitroglycerín sublinguálne, Morphin 2 ml i.v. Torecan i.v., heparin 5000j i.v a preklad na OKS NÚSCH, kde bol zistený transmuralný akútneho infarktu myokardu.

Koronarograficky bolo zistené dvojcievne postihnutie s uzáverom proximálneho úseku ramus interventricularis (RIA) ľavej koronárnej artérie s prietokom TIMI 0 (žiadnym prietokom, teda uzáver tepny). Bola vykonaná primárna perkutánna koronárna intervencia (PKI) na RIA s implantáciou stentu, s dobrým efektom. Kontrolným echokardiografickým vyšetrením zistené zlepšenie kinetiky ľavej komory so zlepšením EF na 45%.V stabilizovanom stave bol prepustený do domácej a ambulantnej starostlivosti s tým, že v prípade objavenia sa nezáviditeľných stenokardií treba zväziť PKI ešte aj na ramus circumflexus ľavej koronárnej artérie.

V súlade s doporučenými postupmi pre diagnostiku a liečbu akútneho infarktu hodnotíme opomenutie vykonania EKG záznamu v situácii, ak bol tento úkon z technického hľadiska vykonateľný v sanitnom vozidle Záchrannej zdravotnej služby ako nesprávny postup.

Zistené porušenie zákona:

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia § 4, ods.3 zákona č.576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu (pokutu).